



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE COMPLEMENTO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESTUDO DO CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO LAR DE IDOSO
DA CRUZ VERMELHA, DE SÃO VICENTE

Discentes:

Fernanda Évora Neves Duarte

Marcelina Cruz Luís

Maria Das Dores do Rosário Fortes

Mindelo 18 de Fevereiro de 2013

"Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem".

Docente/ Orientador:

Mestre: Maria Odete Matos Pereira

Discentes:

Fernanda Évora Neves Duarte

Marcelina Cruz Luís

Maria Das Dores do Rosário Fortes

Mindelo 15 de Fevereiro de 2013

DEDICATORIA

Chegar a meta proposto não foi fácil sem a ajuda de pessoas especiais que surgiu nas nossas vidas e nos acarinha todos os dias. Por isso dedicamos esse trabalho:

Primeiramente a Deus, fonte de toda a força para enfrentar todos os obstáculos que surgiram nesta caminhada e pelo dom da vida.

Aos nossos familiares por auxiliar-nos nessa trajetória, pela sua compreensão das ausências prolongadas e por suportar-nos em vários sentidos.

Aos Professores, pela transmissão de conhecimentos, pela disponibilidade e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Este Projecto para que pudesse ser realizado teve a honra de contar com a participação de diversas pessoas de quem jamais esqueceremos e, sem a sua preciosa colaboração não seria possível. Por isso, gostaríamos de agradecer:

Primeiramente a Deus, fonte de toda a força para enfrentar todos os obstáculos que surgiram nesta caminhada e pelo dom da vida.

À Universidade do Mindelo, por nos ter proporcionado a oportunidade de alargar os nossos conhecimentos e concluir o curso que havíamos começado anos atrás.

À assistente social Jailsa Ramos, responsável pelo Lar da Cruz vermelha em São Vicente, por nos receber, pela prontidão em ajudar, por consentir a autorização para trabalharmos com os idosos e também por responder algumas questões para podermos inteirar da situação do respectivo Lar.

Aos idosos do Lar da Cruz Vermelha de São Vicente, por sua simpatia e prontidão em responder o respectivo questionário para que o nosso trabalho ficasse completo.

À todos os professores da universidade, pela transmissão de conhecimentos, pelo rigor científico com que sempre nos orientaram: ao longo deste trabalho, também pela disponibilidade, motivação e encorajamento em especial às professoras Lúcia Vaz Velho e Rosemeire Ambrosano.

A nossa Professora e Orientadora, Mestre Maria Odete Matos Pereira, pela disponibilidade em orientar-nos nesse percurso para que pudéssemos atingir o que foi proposto.

Ao professor Carlos David, pela disponibilidade, paciência e auxílio que nos dispensou.

Ao senhor Domingos e as alunas da ESEL, pela prontidão em nos ajudar a compreender melhor o programa de tratamento de dados.

Aos nossos colegas de trabalho, pela compreensão e ajuda durante as nossas ausências.

Aos nossos colegas do curso, pelo ânimo e encorajamento durante o trajecto que percorremos.

Aos nossos familiares por nos encorajar e suportar nesse ano que não foi muito fácil.

“A vida só pode ser compreendida olhando-a para trás,
e só pode ser vivida olhando-a para frente.”

(George Patton)

RESUMO

O enfermeiro ao prestar cuidados ao idoso, deve vê-lo como um todo, um ser único indissociável e insubstituível para que seja prestado com qualidade, pois, o cuidado deve ser de extrema importância tanto para quem recebe como para quem presta-o.

O presente estudo centra-se numa abordagem descritiva e qualitativa, onde é evidenciado a importância do cuidado segundo vários autores. O instrumento usado na recolha de dados para avaliar as necessidades humanas fundamentais afectadas segundo Virgínia Henderson, foi o modelo adaptado de Townsend, através de um questionário aplicado a dezoito residentes no lar da Cruz Vermelha de São Vicente.

No geral foram identificados as necessidades mais afectadas, para depois, elaborar um plano de cuidado e as respectivas intervenções de enfermagem e assim poder minimizá-los, tornando o idoso o menos dependente possível.

Segundo o último censo realizado pelo Instituto Nacional Estatística (INE) em Cabo Verde, a população idosa tem vindo a aumentar e, com maior predominância do sexo feminino. Para não ficarem em casa sozinho os familiares preferem quem ficam nos lares.

Em suma os cuidados de enfermagem devem ser prestados ao idoso de forma regular, sistematizado por cuidadores com formação, experiência, para que haja um seguimento e uma planificação adequada.

ABSTRACT

Nurses to provide care to the elderly, should see it as a whole, a unique inseparable and irreplaceable to be provided with quality, therefore care should be of paramount importance to both the recipient as to who pays it.

The present study focuses on a qualitative and descriptive approach, where it is shown the importance of care according to several authors. The instrument used to collect data to assess the basic human needs of affected seconds Virginia Henderson, the model was adapted from Townsend, through a questionnaire administered to eighteen residing in the home of the Red Cross of St. Vincent.

Overall needs were identified most affected, to then develop a plan of care and related nursing interventions and thus to minimize them, making the elderly less dependent possible.

According to the latest census by the National Statistics Institute (INE) in Cape Verde, the elderly population has been increasing and, with a predominance of females. To not stay home alone family members who prefer to stay in homes.

In short nursing care must be provided to the elderly on a regular, systematic caregivers with training, experience, so there is a follow-up and adequate planning.

SUMÁRIO Páginas

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO – CONCEPTUALIZAÇÃO..... | 1 |
| 1.1. Definição e História da gerontologia..... | 3 |
| 1.2. Cuidar do idoso..... | 4 |
| 1.3. Competências a desenvolver com os cuidadores..... | 6 |
| 1.4. Definição de cuidador e formação mínima | 7 |
| 1.5. Cuidados gerontológicos e de longa dura..... | 8 |
| 1.6. O Uso da Comunicação na Assistência de Enfermagem..... | 9 |
| 1.7. A relação de ajuda | 13 |
| 2. CUIDAR EM ENFERMAGEM SEGUNDO VIRGINIA HENDERSON | |
| 2.1. Definição de enfermagem | 15 |
| 2.2. As 14 necessidades básicas fundamentais..... | 15 |
| 3. ESTUDO DO CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO LAR DE IDOSO DA CRUZ VERMELHA DE SÃO VICENTE | 17 |
| 3.1. Caracterização do lar | 17 |
| 3.2. Aspectos funcionais..... | 18 |
| 3.3. Diagnóstico da situação do lar Diagnóstico da situação do Lar..... | 19 |
| 4. METODOLOGIA..... | 20 |
| 4.1. Resultados..... | 22 |
| 4.2. Análise e tratamento dos dados..... | 27 |
| 4.3. Discussão e observações..... | 27 |
| 5. PLANO DE CUIDADOS..... | 47 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 49 |
| 7. BIBLIOGRAFIA..... | 52 |
| 8. APÊNDICES..... | 55 |

Apêndice A- Instrumento de colecta de dados segundo o Modelo de Townsend adaptado a realidade das condições do Lar.

Apêndice B- Consentimento informado, livre e esclarecido para inquérito.

ABREVIATURAS E EXPRESSÕES LATINAS

ACATI_ Associação Cabo-verdiana para Apoio a Terceira Idade.

Apud _ citado por.

BO _ Boletim Oficial.

ESEL _ Escola superior Enfermagem Lisboa.

Et al. – E outros (abreviatura da expressão latina “et alii”).

(fi:) _ frequência absoluta.

Graf. _ Gráfico.

HBS_ Hospital Baptista de Sousa.

HTA_ Hipertensão arterial.

Ibid _ na mesma obra.

Id_ o mesmo Autor.

INE_ Instituto Nacional Estatística.

MCPI_ Manual do Cuidador da Pessoa Idosa.

NHF _ Necessidades Humanas Fundamentais.

Nº_Numero .

OMS_ Organização Mundial da Saúde.

ONU _ Organização das Nações Unidas.

P. _ Página.

S/p _ sem página.

Tab. _ Tabela.

Vol. – Volume.

% - Percentagem.

1-INTRODUÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO

O presente estudo tem como objectivo realçar a importância da presença do enfermeiro em acompanhar, cuidar e avaliar as necessidades fundamentais das pessoas idosas residentes e, da sua permanência em instituições de longa duração para idosos. A população idosa vem crescendo muito nos últimos anos no nosso país, exigindo uma reformulação na sua estrutura socioeconómico.

De acordo com o último censo realizado em Cabo Verde entre 2000 e 2010:

(...) “ataxa anual de crescimento da população foi de 1,2%. A população com idade igual ou superior a 60 anos cresceu em termos absoluto, passando de 37,116% (2000) para 38,815% (2010), representando 7,7% da população residente. A população na faixa etária de 60 á 79 anos é mais representativa no universo da população idosa, com predominância das mulheres. Em termos proporcionais, entre os dois períodos censitários, verificou-se uma pequena redução, passando da 72,5% 2000 para 68,2% em 2010.

Predominando essa tendência da evolução demográfica, prevê-se a duplicação da população cabo-verdiana, aumentando de forma acentuada a camada da população idosa, principalmente na faixa dos 60 e mais anos.

Sabendo que Cabo Verde é um país de emigração, temos de considerar a forte tendência para o regresso dos imigrantes a terra natal após a reforma, o que aumentará ainda mais essa percentagem de idosos residentes”. (B.O Cabo Verde, 28 Novembro 2011, 8ª edição) ”.

A ideia pré concebida há muito tempo que cuidar do idoso era para as enfermeiras de nível inferior, e também, em relação ao envelhecimento ainda persistem. Mas as coisas têm tomado outro rumo, para melhor, e mudanças importantes vêm acontecendo gradualmente. O idoso é uma parte integrante da sociedade e, é tão importante, que merece todo o respeito atenção e cuidado personalizado olhando-o como únicos e insubstituíveis. Hoje recebem cuidados específicos personalizados consoante as suas necessidades de profissionais com conhecimento nessa área ou não.

Os cuidados de enfermagem devem ser de grande relevância e qualidade para a instituição e, muito mais ainda para quem presta esses cuidados. O enfermeiro deve sentir prazer ao prestar o cuidado e, não apenas fazê-lo porque faz parte da sua rotina ou seja, deve executá-la com técnica e qualidade.

Pessoa

Para Watson (1985) “a pessoa é um ser no mundo, igual e diferente de todos os outros, com uma história de vida, com família, com amigos; é um ser no mundo que se percebe, que vive experiências e que esta em continuidade no tempo e no espaço”. Ainda refere que “É o quadro de referencia de pessoa que advêm da totalidade das experiências vividas (o que a pessoa foi, como é, como poderá vir a ser) engloba a percepção que tem de si próprio e dos outros, bem como os sentimentos, pensamentos, sensações físicas, crenças espirituais desejos, objectivos e expectativas (ibid 1988).

Segundo Moniz (2003), “**Pessoa Idosa** resulta da fixação uma idade cronológica que são aos 65 anos a qual tem vindo a perder algum sentido social, uma vez que a longevidade e a qualidade de vida dessa pessoa se vão alternando. Ainda de acordo com o mesmo “a pessoa idosa é um ser no mundo que comporta diferentes dimensões (biológica, psicológica, sociológica cultural e espiritual) e interage com o seu meio ambiente”. (...)” não pode ser vista como uma pessoa jovem envelhecida, denegrida, e despersonalizada, mas sim como uma pessoa com características próprias”(…), isto significa que, para além de ser um “ser” impar, tem uma bagagem e experiência de vida muito vasta em todas as áreas que, deverá servir de exemplo para os mais jovens.

Envelhecer

Segundo Moniz envelhecer “é em sentido lato um processo segundo a qual qualquer organismo vivo tal como o corpo humano, existe no tempo e vai se alternando fisicamente através de um desenvolvimento contínuo até culminar a morte”.

Berger e Mailloux-Poirier (1995,p.145) citados pelo mesmo. Envelhecer multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeadas ou interrompidos em momentos e ritmos diferentes para cada ser humano. Complementa ainda dizendo, e citando Popalia e Olds(2000) que o envelhecimento é cada vez mais reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e declínio. No entanto, há ainda hoje, quem considera a idade e o crescimento contraditórios entre si. (Popalia e Olds 2000)

Para Birem e Cunningham 1985, citados por Fontaine (2000),” cada pessoa não tem uma

idade, mas três idades diferentes: idade biológica, idade social e idade psicológica. Pois entre duas pessoas de 70 anos de idade, consideramos que não têm necessariamente a mesma idade se não do ponto de vista contabilístico.” (Apud Silva,2009, p 37)

1.1 Definição e História da Gerontologia

Gerontologia é a ciência que estuda os fenómenos fisiopatológicas da velhice. Segundo Bergers & Mailloux- Poitier (1995) citados por Moniz (2003) Gerontologia “do grego, geros, gerontos (velho) significa estudo do processo de envelhecimento sob todos os aspectos. Ainda os mesmos autores afirmam que o termo gerontologia, utilizado pela primeira vez em 1901, engloba uma realidade muito complexa. A gerontologia abarca quatro aspectos aparentados mas distintos:

1. Envelhecimento físico, perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar.
2. Envelhecimento psicológico: transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afectiva do indivíduo;
3. Envelhecimento comportamental: modificações pré-citadas enquadradas num determinado meio e reagrupadas as aptidões, as expectativas as motivações, a auto imagem, os papéis sociais, personalidade e adaptação;
4. Contexto social do envelhecimento: influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro. Este aspecto diz respeito à saúde, ao rendimento económico ao trabalho ao lazer, à família, etc.

Isso significa que esses quatro aspectos estão sempre presente na vida dos idosos pela interdependência entre si.

“O envelhecimento pode ser definido como um processo de desgaste gradativo de todas as partes de nosso corpo, diminuindo, com o passar do tempo, nossa capacidade de adaptação aos diferentes desafios ou situações”. (ibid, P.27)

“ O envelhecimento não chega de uma só vez nem o faz de repente; acompanha-nos a cada dia, lentamente, durante toda a nossa existência. Por essa razão, costuma-se dizer que ele é um processo natural da vida. Cada um de nós, no entanto, faz uma trajetória durante a vida e, assim, envelhecemos de maneira única, individual, pois as experiências que vivenciamos dizem respeito a cada um de modo particular”. (ibid, p.27)

“O envelhecimento biológico começa relativamente cedo, ao redor dos 20 anos, quando nunca é percebido. Por volta dos 30, surgem as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento, e, à partir dos 40, perde-se 1% de função por ano. Isso, claro, difere de pessoa para pessoa, dependendo das condições físicas, ambientais e emocionais em que viveram. É por isso que vemos pessoas da mesma idade fisicamente muito diferentes”. (ibid, p. 29)

“Mudanças na atenção, na memória recente e na capacidade de planeamento de acções antecipadamente, sobretudo quando estas envolvem vários passos, são as principais queixas das pessoas idosas.” Fernandes (2009)

Para Saldanha (2009), do ponto de vista biológico:

“o envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável de capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de factores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higiénicos-sanitários”.

1.2 Cuidar do Idoso

Cuidar

Para Virgínia Henderson:

“o cuidar é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força a vontade ou conhecimento necessário. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”.

Watson diz que o cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana intersubjectiva as condições de saúde doenças e das interacções pessoa ambiente (1985, p. 29). Watson (1988) sublinha que “O cuidar envolve valores, vontade com compromisso e conhecimento, não é apenas uma emoção, uma atitude ou um desejo e que só assim o enfermeiro passará a sentir satisfeito nesse processo”.

Para Collière (1999) “Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro que tudo, um acto de Vida, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.” (cit in Hesbeen, 2000)

Segundo Boof (1999) “O cuidar é uma das mais velhas expressões da história do mundo e esteve sempre ligado a prática da enfermagem”, e realça ainda que, “Embora o cuidar não seja exclusivo dos enfermeiros, ele constitui a essência da própria enfermagem” “Cuidar” ou fazer “com cuidado” realça essa atenção particular do enfermeiro “prestadores de cuidados” (Hesbeen, 2000). Na realidade, “o cuidar em enfermagem abrange muito mais do que querer ajudar, há que saber quem são as pessoas, suas capacidades, limitações, necessidades e sobre os factores que poderão intervir para o crescimento das mesmas, isso representa o objectivo principal de qualquer instituição.” Hesbeen, (2000, p.40)

Ainda defende que: “o conceito de “*cuidar*” é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitem melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente ajuda prestada a uma pessoa”. A definição de cuidar destaca, no campo da saúde, uma “atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajuda-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a saúde” (Hesbeen, 2000, p.10). O mesmo autor realça que “os cuidados de enfermagem ao se adaptarem ao cuidar, não devem confundir-se com ele, pois esses cuidados prestados ao outro devem interessar a toda equipa de saúde. Defende ainda que os enfermeiros “são os actores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força a lógica do cuidar” (2000,p. 45), Por serem eles a dar mais do seu tempo e contribuírem para maior conforto das pessoas, utilizando o seu saber, habilidades e conhecimento ao exercerem as suas funções profissionais.

Em enfermagem o cuidar reside “na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, as famílias ou comunidade. Esta interacção leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelece diferenças entre pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada, Moniz(2003) ”.

Sousa, Sartor, Padilha e Prado, (2005, p. 267), citado por Ascensão, referem que o cuidar significa “ (...) desvelo, solicitude, diligência, atenção (...) ” referem ainda que pode também “ (...) ser entendido como um modo de estar com o outro desde o nascimento, promoção e recuperação de saúde até sua própria morte (...) ”

1.3 Competências a Desenvolver Com os Cuidadores

Antes se achava que o cuidar era uma coisa inata e era realizada de forma informal, mas como decorrer do desenvolvimento do processo de enfermagem no mundo, têm-se vindo a ficar cada dia mais claro a necessidade de orientação de cuidadores familiares dos idosos.

Segundo Mayerhoff, citado por Watson (2002, P.55):

”Nós algumas vezes falamos como se cuidar de alguém não exigisse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo fosse uma questão de boas intenções ou de um olhar afectuoso... para cuidar de alguém e preciso saber muitas coisas. Eu preciso de saber, por exemplo quem é o outro, quais as suas capacidades e quais são as suas necessidades e limitações, Este conhecimento é simultâneo e específicos.” (Apud, Ascensão 2010)

A cumplicidade entre o enfermeiro e a pessoa cuidada é muito importante para que os cuidados sejam prestados com boa qualidade e maior eficiência.

Assim em Cabo verde com o visível aumento da população idosa, é urgente e imprescindível a organização de formações para cuidadores, para melhoria da qualidade da assistência às pessoas idosas, criando assim uma legislação que o sustentaria. A carta da Política Nacional para a terceira idade, no Boletim Oficial de 28 de Novembro de 2011 no ponto seis (6) fala da situação face a saúde, mas não encontramos nenhuma lei que regulamenta a necessidade de obrigatoriedade de formação do cuidador que presta assistência a terceira idade.

Actualmente há que acompanhar o desenvolvimento para não ficar pelo caminho. A sociedade requer excelência, integração rápida para maior competitividade, são esses valores, que vão ocupando lugares de destaque. Também a saúde vai sofrendo importantes transformações a nível das tecnologia e informática mas, a enfermagem vai adaptando para acompanhar o progresso, aperfeiçoando assim a função dos enfermeiros que vai repercutindo na melhoria dos cuidados.

Segundo o MCPI (2009), o cuidador deve desenvolver as suas capacidades de forma a adquirir as seguintes competências:

1. “Interacção e comunicação
2. Cuidados em relação às actividades do “andar da vida;”
3. Prontidão para agir em situações imprevistas;
4. Prevenção de riscos, acidentes e violência;
5. Direitos da pessoa idosa.”

Moniz (2003), citando Berger (1985, p.14), diz que “A Filosofia da intervenção que

suporta a assistência de enfermagem, e o respeito pelo idoso em toda a unidade, na totalidade do seu ser”. Ainda o mesmo autor reforça que:

“Em enfermagem o cuidar reside na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interacção leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada”.

No entanto para Hesbeen (2001, p.49), “ Cuidar da pessoa constitui unívoco todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se inter-relacionem e no qual o que é importante e o que é secundário depende da própria pessoa que é cuidado e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”.

Fortalecendo essa ideia Kérouac et al, citado por Lopes (2006:22),

“Os cuidados de enfermagem, são entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se habilitar para ajudar a outra pessoa, precisa de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta.” (Apud, Ascensão 2010).

Em suma, o idoso é uma parte integrante da sociedade tão importante, que merecem todo o respeito, atenção e cuidado personalizado olhando-o como único e insubstituível.

1.4 Definição de Cuidador e Formação Mínima

O exercício de cuidar do idoso é uma aprendizagem constante, baseado nas necessidades físicas e biológica de acordo com o nível de dependência que apresenta.

Muitas vezes se torna difícil, pela inexperience do cuidador para atender as demandas que vão surgindo durante o processo de cuidar e, que necessitam de melhor conhecimento e orientação do enfermeiro.

O enfermeiro é uma peça fundamental na educação para a preparação do cuidado no envelhecimento, muito mais importante que acrescentar anos a vida, é acrescentar vida aos anos que resta do idoso, ou seja, ele merece viver uma velhice com dignidade.

Cuidador é aquele que cuida da pessoa idosa com dependência desenvolvendo acções que promovam a melhoria da sua qualidade de vida em relação a sua família e a sociedade. Suas acções fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e equilíbrio emocional.

Resumidamente segundo o MCPI(2009) as funções do cuidador são:

- a) Cuidar da pessoa idosa;
- b) Promover o bem -estar;
- c) Cuidar da alimentação;
- d) Cuidar da saúde;
- e) Cuidar do ambiente domiciliar e/ou institucional;
- f) Incentivar a cultura e a educação;
- g) Acompanhar em passeios, viagens e férias;

O cuidador de idosos precisa, além da formação mínima, manter-se informado e organizar o cuidado a ser prestado de acordo com os seguintes princípios:

- a) “A adoção de um estilo de vida mais saudável.
- b) A maximização da independência, minimizando e compensando as perdas e limitações relacionadas ao envelhecimento.
- c) A promoção de conforto durante os momentos de maior angústia e fragilidade, incluindo o processo de morrer”. MCPI (2009)

1.5 Cuidados Gerontológico e de Longa Duração

Segundo Funner (1993) citado por Stanhope:

“os cuidados de longa duração referem-se aos cuidados que são prestados a indivíduos que são dependentes de outros para desempenharem as tarefas básicas durante um determinado período. Os cuidados de longa duração podem ser prestados numa instituição, como por exemplo num lar de enfermagem, ou podem ser prestados na comunidade com apoio de um prestador de cuidados”

Mais tarde Moniz (2003), citando Berger e Mailloux-Poirier (1995:3) realça dizendo que “os cuidados de longa duração são de extrema importância na profissão de enfermagem. Visam explorar o máximo dos recursos individuais, mostrando necessário a colaboração dos profissionais para manter o idoso activo, independente, motivado, interesse social, a auto estima, a individualidade, a valorização e integridade dos clientes.”

Ainda, os mesmos autores descrevem os objectivos para os cuidados de enfermagem de longa duração:

- a) “Proteger e promover a saúde;

- b) Prevenir as complicações do estado patológico;
- c) Responder às necessidades de saúde identificadas, percebidas e expressas;
- d) Facilitar a manutenção da identidade e da autonomia da pessoa;
- e) Prevenir a desinserção social;
- f) Prevenir a deterioração da personalidade;
- g) Assistir o cliente para que ele possa funcionar ao mais alto nível tanto do ponto de vista físico como psicológico e social;
- h) Reduzir a inactividade intelectual, física e social;
- i) Dar ao cliente a possibilidade de se responsabilizar por si próprio na medida das suas possibilidades;
- j) Ajudar o cliente a desenvolver novas capacidades;
- k) Estimular o cliente a participar nas actividades do seu meio;
- l) Criar um meio que facilite a participação na vida da colectividade;
- m) Desenvolver a investigação em cuidados de enfermagem de longa duração”

1.6 O Uso da Comunicação na Assistência de Enfermagem

“A comunicação é um processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos e/ou sentimentos entre as pessoas (emissor e receptor). Utiliza – se a comunicação para discutir, persuadir, trocar experiencias e gerar mudanças.”(Apud Sílvia, 2010)

“É um processo de relações interpessoais envolvendo o emissor, o receptor e o canal de transmissão. Processo importante para o crescimento humano, fazendo parte das experiencias adquiridas no dia-a-dia. A maior parte do nosso tempo é utilizada na comunicação sob a forma de linguagem, escrita, escuta e leitura”.(id)

Etimologicamente a palavra comunicação deriva do Latim “comunicare” que significa pôr em comum transmitir, ligação.

A natureza da comunicação é muito complexa e multidisciplinar, o que leva a uma variedade de definições.

Para Robbins (1999) citado por Trevizan , (Apud Sílvia, 2010) “é a capacidade de (...) transferir significados entre os seus membros ”

Daft (1999) citado pelo mesmo autor diz que comunicar é “compartilhar”, não é “ falar” ou “escrever”.

O processo da comunicação não é apenas trocar palavras também há alguns aspectos significativos que podem ajudar ou dificultar a comunicação como um simples franzir da testa, as inflexões linguísticas, a entoação corporal, o timbre da voz e a harmonia entre a linguagem verbal e a expressão corporal.

Há três formas de realizar uma comunicação: verbal, não-verbal e para verbal.

“A comunicação verbal refere-se a utilização da linguagem falada e/ou escrita. A não-verbal diz respeito a cinésia (ciência que estuda o comportamento do movimento do corpo), toque, a mímica, o olhar e a postura traduz a linguagem do corpo que pode ser consciente ou inconsciente, as vezes falamos (consciente) e os gestos dizem exactamente o contrário (inconsciente).”

Muitas vezes pode surgir equívocos entre o emissor e o receptor, pois um receptor desatento pode não captar a mensagem caso não observar para além das palavras do emissor.

“A cinésia mostra que se atentarmos a postura corporal e expressões corporais do nosso interlocutor, a nossa comunicação terá mais oportunidade de se tornar efectiva” Cienciarullo(2003, p 64), citado por Trevizan.

“Outra forma de comunicação é o para verbal ou para linguísticos que são os suspiros, o tom da voz, o ritmo e os períodos de silêncio. É uma forma de transmitir o que queremos dizer e como queremos ser entendidos.”

“Para que haja uma comunicação eficaz é necessário que o receptor descodifique correctamente a mensagem que o emissor pretende transmitir e assim atribuir-lhe o mesmo significado. Caso o receptor não conseguir atribuir a mensagem o mesmo significado que o emissor pretendia, diz que houve falhas ou barreiras impedindo que os objectivos da comunicação fossem atingidos.” (Silvia, 2010)

Barreiras da comunicação são impedimentos que podem ocorrer em qualquer fase da comunicação fazendo obstáculos à transmissão de ideias ou conhecimentos pretendida.

Podem ser classificados em três grupos:

- As barreiras técnicas que estão relacionadas com o tempo ou oportunidade da comunicação, a sobre – informação e as diferenças culturais.

- As barreiras de linguagem que é a utilização do vocabulário de acordo com o significado das palavras e a evolução do seu sentido levando em conta a pessoa a quem se destina a mensagem.

- As barreiras psicológicas envolvem as distorções de informações, afectando o relacionamento entre as pessoas. É um dos maiores entraves ao normal funcionamento das comunicações.

Robbins (1999), citado por Travizandefiniu quatro funções da comunicação dentro de um grupo ou organização: controle, motivação, expressão emocional e informativo.

A comunicação age no controle do comportamento das pessoas de uma equipa através das hierarquias e orientações formais ou informais.

“Compartilhar a mesma língua com outras pessoas proporciona o mais subtil e poderoso instrumento para controlar o comportamento das mesmas em benefício próprio” Morris, (1949,p. 214).

“A comunicação gera motivação quando esclarece, avalia e qualifica o desempenho do colaborador. Ao esclarecer cada membro da equipe o que deve ser feito, como estão indo bem e o que pode ser feito para melhorar o desempenho, estabelecendo metas específicas e informações sobre o progresso estimula e aumenta a motivação e a comunicação”.

A comunicação proporciona a liberação da expressão emocional dos sentimentos e a satisfação de necessidades sociais. A comunicação é o mecanismo fundamental dentro de uma equipa porque é através dela que se demonstram as frustrações e os sentimentos de satisfação.

A última função da comunicação relaciona-se com o seu papel de facilitar a tomada de decisão que é a informação.

Segundo Herbert Simon citado por Trevizan “o individuo toma uma decisão baseado naquilo que considera ser uma “ decisão suficientemente boa” utilizando um processo denominado teoria da racionalidade limitada”.

Quase toda a interacção de comunicação que acontece numa equipe desempenha uma ou mais dessas funções.

A actuação do enfermeiro não se baseia apenas em executar técnicas e/ ou procedimentos, isso seria um robot, muito para além disso é saber comunicar levando o paciente a retribuir para poder entendê-lo, deixa-lo confortável e satisfeito.

Segundo Boff (2000, p. 33) o “cuidar é mais que um acto; é uma atitude, desta forma, engloba mais que um momento, muito mais que um momento de atenção e cuidado com o cliente, sendo uma atitude de preocupação, de responsabilização e envolvimento afectivo com o outro”. Mostrar a interacção favorece um cuidado personalizado, onde não ocorre comportamento de autoridade e desrespeito por parte do enfermeiro em relação ao paciente. Portanto apelidos ou frases que não convêm acabam provocando afastamento do paciente, dificultando a comunicação. Quanto a comunicação não-verbal, o toque pode ser o mais importante de todos, porém nem sempre tem o mesmo significado para o paciente. Todas as acções devem ser documentadas na maioria dos serviços por escrita, em termos correctos, precisão e exactidão, além disso é um documento legal que retrata a qualidade de assistência.”

Os enfermeiros devem estar sempre prontos para atender, saber ouvir e ter ética profissional para quando o paciente depositar confiança e fazer confidências da sua intimidade, para, não deixar escapar essas informações que não são dele.

A comunicação é uma arma muito poderosa para fazer crescer e aperfeiçoar o conhecimento de qualquer profissional de saúde, isso deve ser sempre realçado e enfatizado por qualquer pessoa que seta a frente de qualquer equipa de trabalho. O processo cuidar de um ser é complexo, é não apenas uma parte desse ser mas ver para ele como um todo, e para comunicar com este é preciso levar em conta os valores e crenças, estabelecendo um relacionamento empático. O profissional não atento a comunicação para verbal e não-verbal pode interpretar incorrectamente o padrão de resposta do paciente, o relacionamento se constitui em teoria de comunicação. Todo o planeamento de assistência é comunicado pela linguagem escrita ou falada, sendo o objectivo das mensagens compartilhados por todos.

O enfermeiro tem que ser inovador criando novos métodos para incentivar e comunicar com o idoso. Habilidade psicomotora de certa forma não-verbal é a identidade profissional do enfermeiro que fica traduzida como movimentos no espaço enquanto agimos, geralmente quem esta recebendo cuidados associa este fato com competência.

Segundo o MCPI (2009), é durante o acto de cuidar que o enfermeiro estará mais próximo do idoso, podendo interagir e comunicar com ele por isso deve ter em conta algumas particularidades como:

- Usar frases curtas e directas.
- Repetir o que foi dito, quando não for interpretada correctamente, utilizando outras palavras.
- Fale frente a frente, sem cobrir a boca, sem virar para o lado e sem afastar enquanto dialoga com o idoso.
- Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de formular a segunda, pois o idoso pessoa pode necessitar de um tempo maior para entender o que foi falado e responder de volta.
- Não interrompa o idoso no meio do que ele deseja expressar, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio raciocínio.
- Sempre que ele demonstrar não ter entendido o que foi falado, repita o que falou com calma evitando constrangimento.
- Procure falar de forma clara e pausada e aumente o tom de voz somente se isso realmente for necessário.
- Verifique a necessidade e condições de próteses dentárias e/ou auditivas que possam estar dificultando a comunicação.
- Conversa, brica e canta com o idoso, pois essas actividades vão estimular o uso da voz.
- A música ajuda o idoso a recordar pessoas, sentimentos e situações que ocorreram na sua vida, ajudando na sua comunicação.
- É importante que quando esta a referir a alguém conhecido, deve explicar ao idoso que esta referindo a: “Maria, sua filha”; “João, seu vizinho”, “Marcelo o seu neto”, assim ele vai estar mais situando na conversa e vai relembrando pessoas e fatos que havia esquecido. É preciso falar com simplicidade e pedir que ele toque objectos, retratos e quadros, isso ajuda a “puxar” a memória e a melhorar a conversa.
- O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação que vai ajudar na compreensão do idoso e ser compreendido por ele.

1.7 A Relação de Ajuda

Para construir uma relação de ajuda o enfermeiro deve adquirir atitudes e habilidades na arte da comunicação, e não basta apenas ter boa vontade, embora estes sejam

fundamentais. O cuidador tem que desenvolver habilidades por forma a promover mudanças no comportamento do utente, através da construção do sentimento de confiança.

Para além disso tem que desenvolver algumas características essenciais:

- Saber escutar;
- Fornecer informação de forma clara;
- Respeito pelo idoso;
- Ter empatia;
- Saber respeitar o silêncio;
- Ter coerência nas suas acções e posições.

Sequeira (2000) disse que: “a atitude de apoio é uma resposta “simpática”, manifesta no emissor uma afectividade concordante com a do receptor.” É como dizer: tem o meu apoio, estou do seu lado, conta comigo. Isso quer dizer que devemos utilizar expressões significativas tais como: “concordo”; “formidável!” “Parabéns!” (em situação de alegria); “tenha calma, deixe lá...”; “também já passei por isso, compreendo-o.” Rectifica ainda dizendo que a atitude de apoio mantém ou aumenta o estado emocional do sistema comunicante.” (p 59)

2-CUIDAR EM ENFERMAGEM SEGUNDO VIRGINIA HENDERSON

Cuidar

Para Virgínia Henderson o cuidar é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força a vontade ou conhecimento necessário. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível.

2.1 Definição de Enfermagem

Enfermagem

Henderson (1966) definiu a enfermagem em termos funcionais “ (...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.” (Tomey, 2002, p. 114). Ela valoriza a componente empática dos cuidados de enfermagem, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele.

O enfermeiro é um profissional de nível superior, com obrigação de responder por certos actos como a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos que estão a receber os cuidados. Esta apto para actuar em várias áreas de saúde, mas o utente é o centro principal da sua actuação profissional.

2.2- As 14 Necessidades Humanas Fundamentais

1. “Respirar normalmente;
2. Comer e beber de forma adequada;
3. Eliminar os resíduos corporais;
4. Movimentar-se e manter a postura correcta;

5. Dormir e descansar;
6. Escolher a roupa - vestir-se e despir-se;
7. Manter a temperatura corporal dentro de valores normais mediante a selecção de roupa e modificação de ambiente;
8. Manter corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
9. Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros;
10. Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
11. Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um;
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
13. Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.” (Tomey, 2002, p. 114).

3-ESTUDO DO CUIDADO PRESTADO AO IDOSO NO LAR DE IDOSO DA CRUZ VERMELHA DE SÃO VICENTE

3.1 Caracterização do Lar da Cruz Vermelha de São Vicente

O lar de idoso fica situado na zona da Ribeirinha mais precisamente atrás da Cadeia Civil, ao lado do Centro de Saúde de Ribeirinha e a frente da Padaria Vitória. Funciona desde Junho de 2000 (12 anos).⁷. O referido lar tem a capacidade de 20 idosos de regime interno e 10 no regime de centro de dia. Neste momento alberga 21 residentes, sendo que, 10 são do Sexo feminino 11 sexo masculino, e se encontram na faixa etária dos 42 anos à 91 anos.⁴ dos quais estão sob o regime de dia.

De seguida apresentar-se-á algumas características da referida instituição, do seu funcionamento e sua organização.

Quanto a estrutura física, o edifício é um rés-do-chão, com três saídas: uma principal, uma lateral e outra traseira. Ao entrarmos na porta principal, encontramos o Hall de entrada, uma casa de banho para o pessoal afecto ao serviço, um gabinete para o responsável do centro, segue-se o aposento das mulheres e o respectivo quarto de banho, outro quarto de banho para os homens e o e seus aposentos, um espaço aberto para as suas actividades recreativas, uma sala de tratamento que serve para consultas médicas como para consultas e tratamentos de enfermagem, uma lavandaria no quintal, uma cozinha e uma sala de refeições que e logo de televisão.

A equipa do referido Lar é constituída por:

- a) A responsável, e assistente social pós graduada.
- b) Três ajudantes de serviço gerais, com formação em primeiros socorros.
- c) Uma cozinheira.
- d) Um guarda, também com formação em primeiros socorros.

Actividades realizadas no lar: No lar é realizado consultas médicas semanalmente todas as sextas feiras pelo médico do Centro de Saúde de Ribeirinha se houver necessidade, independentemente das urgências que possam surgir e atendidas na hora. Os curativos são

feitos por uma enfermeira voluntária e, quando necessário é solicitado os enfermeiros do centro

Acessibilidade: O lar está rodeado por uma área de pavimento de pedra em três lados e terra no outro. Há uma praça na parte traseira onde é realizado alguns eventos culturais com os idosos, e também, na maioria das vezes, onde vão apanhar sol e fazer alguns exercícios adequados para a idade. Possui três entradas, uma principal que é do mesmo nível que o pavimento da rua, uma lateral (acesso ao quintal e lavandaria) e uma traseira com uma rampa de acesso (entrada e saída) para os com alguma deficiência. Não existe uma casa de banho adaptada a pessoas portadoras de deficiência motora e nem uma banheira apropriada para os idosos.

O lar possui dois carros próprios, um ToyotaHiace com capacidade para 15 pessoas e um PickUp para transporte de materiais e dos trabalhadores. Existe também os transportes públicos (autocarros) que passam frequentemente em intervalos regulares junto do mesmo.

Observação: No referido lar não existe nem médicos nem enfermeiros que trabalham em regime permanente, tem um médico e uma enfermeira que prestam serviços voluntários quando necessário e a sua disponibilidade como referido anteriormente.

3.2 Aspectos funcionais

Segundo a responsável o lar funciona durante vinte e quatro (24) horas, com entrada as oito (8) horas e saída as dezasseis (16) horas para a responsável, a cozinheira, as ajudantes de serviço gerais. Das dezasseis (16) horas até a hora do jantar (20 horas) fica uma ajudante de serviços gerais, e o guarda-nocturno que entra as dezasseis às oito do dia seguinte.

O Lar da Cruz Vermelha de São Vicente age em parceria com algumas instituições como: Delegacia de saúde de São Vicente, Hospital Baptista de Sousa, Delegação Escolar, Câmara Municipal, Centro de Desenvolvimento Social, Acati (associação Cabo-verdiana para Apoio à Terceira Idade).

3.3 Diagnóstico da situação do Lar

O referido Lar possui boas condições de saneamento, higiene e é de agradável permanência. Possui boa iluminação solar e eléctrica, ventilação apropriada com separação dos respectivos cómodos para haver maior privacidade tanto dos residentes como dos funcionários. Segundo os residentes e o funcionário que os acompanha durante a noite, a zona é tranquila após o horário normal de expediente. Um dos objectivos do Lar é a melhoria da qualidade de vida do ser humano com base no convívio, no relacionamento interpessoal e respeito pelos seus Direitos.

O relacionamento dos idosos entre si e os funcionários é muito bom, pois interagem uns com os outros desenvolvendo uma relação de amizade saudável.

O lar não dispõe de um regulamento ou estatuto próprio, mas se baseia na Constituição da República de Cabo Verde. A Constituição de Cabo Verde Artigo no seu artigo nº 72 (direito dos portadores de deficiência e dos idosos) diz:

1. Os portadores de deficiência e os idosos têm direito a especial protecção da família, da sociedade e do estado, que lhes deverão garantir prioridade no atendimento nos serviços, especial tratamento e cuidados bem como as condições necessárias para evitar a sua marginalização.
2. O estado, em cooperação com entidades privadas e com associações de portadores de deficiência ou de idosos, promove uma política nacional capaz de gradualmente:
 - a) Garantir a prevenção, tratamento, reabilitação e integração dos portadores de deficiência;
 - b) Garantir aos idosos e aos portadores de deficiência as condições económicas, sociais culturais que lhes permitam participar na vida social;
 - c) Sensibilizar a comunidade para os problemas dos portadores de deficiência e dos idosos, bem como a criação das condições tendentes a evitar o seu isolamento e marginalização social.
3. O estado fomenta e apoia o ensino especial e a criação de escolas especiais de formação técnico-profissional para portadores de deficiência.
4. O estado fomenta e apoia a criação de associações de portadores de deficiência *e de idosos*.

4.METODOLOGIA

A abordagem metodológica desse projecto teve o seguinte percurso:

- Elaboração e apresentação do projecto aos docentes;
- Aprofundamento de conhecimentos, através de pesquisas bibliográficas;
- Escolha e Visita de apresentação, interacção com os residentes e o ambiente;
- Pedido de consentimento;
- Elaboração de um instrumento de recolha de dados;
- Visitas de avaliação e colecta de dados.
- Análise e Tratamento dos dados.

Este trabalho é um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, e baseado no Modelo Conceptual de Virgínia Henderson, dos Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem e na avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais(NHF).

"As pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis". Gil (1993: 45) (op. cit. : 46) com uma abordagem qualitativa (onde as variáveis são descritas) do tipo estudo de caso (que têm por objectivo aprofundarem a descrição de determinada realidade. Neste tipo de estudo os resultados só são válidos para o caso estudado e, quando a análise é quantitativa, o tratamento estatístico dos dados é simples. Quando exige análise qualitativa, esta pode ter apoio quantitativo) (1987: 101) (op. cit.: 107),(Apud Grupo 4)

Segundo o mesmo grupo acima citado, citando Yin (1994) estudo de caso “trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores”.

Por outro lado, Bell (1989) (ibid, s/p)define o estudo de caso como um termo guarda-chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interacção entre factores e eventos. Fidel (1992) refere que o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenómenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigador.

Coutinho (2003), refere que quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. (Ibid, s/p)

A escolha dessa instituição deveu-se ao fato da Geriatria ser um campo de grande vulnerabilidade e também por possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos nesta área; permitir fazer uma avaliação da necessidade da permanência de um Cuidador Formal;

A colecta de dados foi realizada no referido lar, após esclarecimentos à responsável quanto a finalidade da pesquisa e obtenção de sua autorização. Foram respeitados todos os procedimentos constados na Declaração de Helsínquia, assegurados pela confidência dos dados, pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela responsável da instituição. Ao longo da recolha de dados procuramos não intervir no trabalho dos cuidadores deste centro, respeitando as normas e rotinas, adoptando uma postura de respeito e de colaboração.

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de um questionário, da observação e do exame físico dos idosos. Utilizamos o Modelo de Colecta de Dados da Townsend adaptado a realidade do lar, que é composta por perguntas abertas e fechadas, dividida em seis grupos:

- 1- Identificação.
- 2- Condições gerais.
- 3- Avaliação funcional.
- 4- Avaliação cognitiva.
- 5- Avaliação da situação sócio-familiar.
- 6- Avaliação das necessidades humanas básicas.

Segundo Wood e Haber (2001), citados por Vilelas (2009), “os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos através de questões, a respeito de conhecimento, atitudes crenças e sentimentos.”

Vilela (2009), “ainda reforça que as perguntas devem ser extremamente bem organizadas, de uma forma lógica para quem a ele responde. Deve também ser organizada por temáticas bem organizadas.”

No primeiro contacto com os residentes, apesar de aparentarem alguma curiosidade, a visita foi facilitada porque fomos reconhecidos por alguns e, pelos funcionários que ajudou na organização dos mesmos. A responsável também contribuiu com a sua disponibilidade e concedendo algumas informações adicionais para complemento do trabalho.

Para a consecução do processo de enfermagem baseado nos Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem e na avaliação das NHFs de Henderson, foram realizadas algumas visitas aos residentes durante um mês. Para a tal seguiu-se os seguintes passos do processo:

- Visita de apresentação e interacção com os residentes e o ambiente;
- Visitas de avaliação e colecta de dados.

4.1 Resultados

A entrevista foi aplicada a um universo de 18 residentes do lar da Cruz Vermelha de São Vicente. Os resultados que vão aqui ser apresentados encontram-se no apêndice A, e os dados foram recolhidos através de entrevistas aplicadas a dezoito (18) dos residentes do Lar da Cruz Vermelha de São Vicente. Como a amostra é relativamente pequena (18), apresentar os resultados sob a forma de percentagem poderá parecer um pouco esquisita, optou-se por apresentá-los sob a forma de frequências e percentagem.

Como havia sido referido anteriormente o questionário é composto por seis grupos de perguntas o qual se obteve os seguintes resultados:

- 1- **A identificação**, que procura caracterizar os residentes quanto as características como: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, se tem parceiro vivo ou não e tempo de permanência no lar.

Os residentes encontram-se na faixa etária dos quarenta e dois a oitenta e oito anos de idade, dos quais 8(44,4%) do sexo feminino e 10 (55%) do sexo masculino. Tabela nº1 e gráfico nº2

Quanto ao estado civil, para solteiro 38,9%, casado 11,1%, união de facto 38,9% e viúvo 11,1%. E desses, a variável parceiro vivo, 27,8% responderam que tem parceiro, 38,9%, responderam não e 33,3% não tem. Tabela nº4.º-

Escolaridade a maioria é analfabeta 11 (61,1 %) e os restantes 7 (38,9 %) têm apenas a frequência da escola primária. Tabela nº3

2- Condições gerais, se possui alguma doença tais como: hipertensão (HTA), diabetes, insuficiência cardíaca (IC), acidente vascular cerebral (AVC), arterite, osteoporose, outras doenças, se faz uso de medicação e se o faz sozinho ou sob vigilância.

Relativamente a doenças referidas, para hipertensão arterial 33,3% respondeu sim e 66,7% não; diabetes 11,1% sim e 88,9% não; insuficiência cardíaca 5,6% sim e 94,4% não; acidente vascular cerebral 5,6% sim e 94,4% não; artrite 11,1% sim e 88,9% não; Osteoporose foi unânime, pois, 100% disseram não; outras doenças 38,9% responderam sim e 61,1% disse que não.

3- Avaliação funcional, se é capaz de fazer as actividades da vida diária sozinho ou se depende de alguém para ajudá-lo.

Actividades da vida diária (AVD); Quanto as actividades básicas: 94,4% dos inquiridos no que se refere a alimentar-se disseram que são totalmente independentes e os restantes 5,6% necessitam de ajuda; Quanto ao banho 61,1% são independentes, 33,3% necessita de ajuda e apenas 5,6% dependente; No que toca a vestir e despir-se 100% são totalmente independentes, 33,3% necessita de ajuda para essa actividade e, 5,6% dependente de outros para realizar essa tarefa; No que se refere ao asseio Corporal 61,1% são independentes, 27,8% necessita de ajuda 11,1% são dependentes dos outros;

Para o Controle vesical, 77,8% são completamente independentes, 11,1% necessita de ajuda, 11,1% dependente; Referente ao controle anal, 77,8% são independentes, 11,1% necessita de ajuda, 11,1% dependente; Para usar o vaso sanitário 72,2% são independentes, 22,2% necessita de ajuda e 5,6% dependente;

No Deambular 72,2% independente, pois circulam sem ajuda, para movimentar-se de um lugar para outro 16,7% necessita de ajuda e 11,1% são dependente para qualquer tipo de movimento. A mudança da cadeira para outro sitio qualquer 55,6% são independentes, 33,3% necessita de ajuda e 11,1% dependente; tabelas nº 5

AVD Instrumental- Para fazer compras 16,7% consegue ser independente, 38,9% necessita de ajuda e 44,4% totalmente dependente; No que toca a preparação de comida 22,2% necessita de ajuda e 77,8% dependente dos outros; Para cuidar da casa 16,7% o consegue com ajuda dos outros e 83,3% responderam que são dependentes; No que refere ao uso de transporte 16,7% necessita de ajuda e 83,3% dependentes;

Na tomada da medicação 22,2% disseram que são independentes, 22,2% necessita de ajuda e 55,6% dependentes. Para cuidar das finanças 33,3% são completamente independentes, 11,1% necessita de ajuda e 55,6 dependentes de outros. Tabela nº6

AVD Avançadas- Para participar nas actividades do grupo social 11,1% são independente, 83,3% necessita de ajuda e 5,6% são dependentes. Quanto a participação no grupo religioso 11,1% responderam que são independentes, 14 77,8% necessita de ajuda e 11,1 dependente. Referente a actividade de recreação 38,9% necessita de ajuda e 61,1% dependente. Tabela nº 7.

- 4- Avaliação cognitiva**, para averificação da memória, orientação, informações de factos quotidianos e capacidade de cálculo através de atribuição de pontos para cada resposta certa: de oito a dez considerado normal; de cinco à sete deterioração cognitiva leve; de três a quatro deteriorações cognitiva moderada; de dois a zero deteriorações cognitiva importante (patológica).

Avaliação cognitiva, 27,8% encontra-se normal, 22,2% com deterioração cognitiva leve, 16,7% com deterioração cognitiva moderada e, 33,3% com deterioração cognitiva importante. Tabela nº 8.

- 5- Avaliação da situação sócio-familiar**, para avaliar se mora sozinho; com pessoas da família; quantas pessoas e quem; se existe um responsável pelo cuidado; se tem uma renda do idoso ou da família.

Avaliação da situação sócio familiar (antes de residirem no lar): 50% morava sozinho e, 50% acompanhado. E desses 50% que moravam com outros familiares, 1 (5,6%) com

companheiro(a), 2 (11,1%) com filhos, 2 (11,1%) com companheiro e filhos e, 4 (22,2%) outros; Os agregados familiares na sua maioria constituído por 8 pessoas e existem também um número significativo de agregados com 4 pessoas (22,2%). Ao que se refere ao rendimento familiar apenas 2 (11,1%) tem rendimento e uma maioria muito significativa de 88,9% não tem qualquer fonte de rendimento.

No que se refere as condições de moradia anterior 61,1% não possuía quarto individual só apenas 38,9% possuía; 55,6% partilhavam o quarto e 44,4% não partilhava. 83,3% não possuía saneamento básico contra 16,7% que possuía. (77,8%) tinham degraus e (22,2%) não tinham. 83,3% não tinha porta estreita e 16, 7/% tinham, 100% não possuíam banheira com suportes e 61,1% tinham electricidade em detrimento de 38,9% que tinham, Tabela nº 9.

6- A avaliação das necessidades humanas básicas, para verificar se as respectivas necessidades estão afectadas ou não para uma melhor planeamento e intervenção de enfermagem.

Avaliação das necessidades humanas básicas: respiração foi 100% eupnéico, ausculta pulmonar 100% normal e presença de secreções 100% sem alterações e, tabela nº 10.

Todos os entrevistados tem uma alimentação que foi prescrito pela nutricionista do Hospital Baptista de Sousa (HBS) segunda a responsável do respectivo lar e isso se confirma quando todos os 100% dos inquiridos dizem que comem tudo (normal). A deglutição sem qualquer alteração 100%. A ingestão de líquidos durante o dia é relativamente baixa, pois, apenas 11,1% é que ingere 6 ou mais copos de água, a maioria encontra-se numa média de 33,3% que representa a ingestão de 3 aos 4 copos diários, tabela nº 11

Na eliminação intestinal 66,7% representa os entrevistados que eliminam 3 há 4 vezes por semana, 16,7% um há dois vezes por semana e a mesma percentagem para mais de quatro vezes por semana. Relativamente ao débito vesical 83,3% não usa fraldas e uma percentagem de muito baixa de 16,7% é que usa e 100% não usam sonda vesical, tabela nº 12.

Quanto ao sono e repouso 61,1% estão satisfeitos e 38,9% estão insatisfeitos com 22,2% apresentando insónia no meio da noite, 11,1% com dificuldade em adormecer e apenas um

entrevistado que representa 5,6% tem insónia matinal. Também desse universo de 100%, apenas 16,7% recorre a medicamentos para dormir e, um terço que um universo de 33,3% e que possui dor crónica, tabela nº 13.

Para realizarem alguma actividade física 94,4% responderam que não praticam nenhuma modalidade física, apenas uma taxa ínfima de 5,6% pratica alguma actividade física. 72,2% não possui qualquer tipo de incapacidade grave enquanto 27,8% têm incapacidade grave. 88,9% consegue deambular normalmente enquanto 11,1% possui imobilidade prolongada, dependendo de outrem para mexer-se, tabela nº 14.

Integridade física / Cutânea-mucosa: foi constatado que 100% dos inquiridos possuem a pele hidratada sem hipotermia, sem palidez, sem edema, sem escaras, sem ferida da perna, sem feridas varicosas, sem pé diabético, sem prurido, sem cianose periférica, sem lesões ou ferimentos, com pele hiperemiada e também disseram que o ambiente é propício para eles, tabela nº 15.

No que concerne à percepção 77,8% não apresenta qualquer alteração visual contra 22,2% com alguma dificuldade para enxergar. Na audição 78,8% não apresenta qualquer alteração, 16,7% possui alguma dificuldade e apenas 5,6% traduz-se em surdez. No paladar 94,4% encontra-se preservado versus 5,6% que está diminuído. No que se refere a sensibilidade táctil, sensibilidade a dor 100% encontra-se integra, tabela nº 16.

No vestir e despir sozinhos 72,2% consegue fazê-lo enquanto 27,8% não consegue. 100% apresenta vestuário apropriado para a idade, tabela nº 17.

Relativamente a higiene 100% faz higiene oral e 66,7% fá-lo duas vezes por dia, 22,2% apenas uma vez e uma percentagem de 11,1% é que o faz 3 vezes ao dia. Na higiene pessoal a maioria de 83,3% tomam banho 3 vezes por semana, 11,1% 4 vezes por semana e mais de 4 vezes por semana 5,6%. Desses 100% apenas 5,6% é que concorda com o horário do banho, tabela nº 18.

Quanto a aprendizagem os 100% referiram que não aprenderam nada no lar e apenas 16,7% tem vontade de aprender alguma coisa diferente, tabela nº 19.

Para o lazer 88,9% participam das actividades programadas no referido lar tais como: a televisão, a dança, os passeios e festas familiares, tabela nº 20.

No que concerne a religião 88,9% são religiosos em detrimento de 11,1% que não são religiosos, tabela nº 21.

Quanto aos anos de permanência no lar, a maior percentagem é de 27,8 %, correspondente a cinco residentes com seis (6) anos; 22,2% para a quatros residentes com um (1) ano e igualmente a mesma percentagem para quatro residentes com dois anos; e os outros cinco residentes 5,6% cada um correspondendo respectivamente a 3,4,5,7e13 anos de permanência no lar.Tabela nº22

4.2 Análise e tratamento dos dados

Após a recolha de dados, seguiu-se a fase de análise e o tratamento, logo de seguida a fase descritiva dos mesmos. Os recursos utilizados foram a Microsoft Office Excel e o programa de análise de estatística StatisticalProductandServiceSolutions(SPSS). Procedendo assim a montagem, descrição e a discussão dos referidos dados.

“Segundo Vilelas(2009), “dado é cada um dos elementos de informação a que recorremos durante o desenvolvimento de uma investigação e na base dos quais, convenientemente sintetizados, poderão extrairse conclusões de relevância em relação ao problema inicial”.

Os resultados gerais provenientes serão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Esse trabalho vai ser apresentado num simpósio dirigido a todos os estudantes da Universidade do Mindelo, Professores, profissionais de saúde e a população em geral que estiver interessado.

4.3Discussãoe observações

Para melhor entender os dados recolhidos através das entrevistas, e descrito previamente, procedeu-se ao cruzamento dos mesmos de forma a poder ser tirada algumas conclusões.

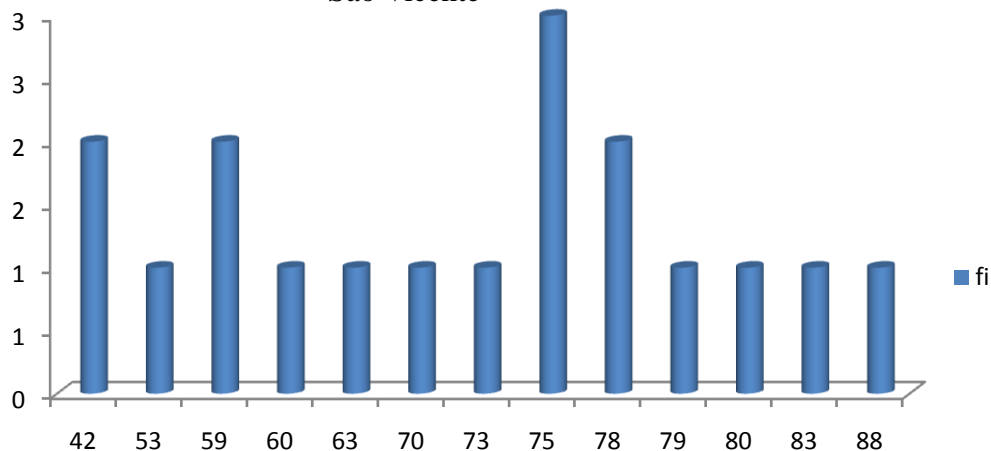
Por isso primeiramente optou-se por avaliar e analisar separadamente alguns dados já mencionados.

É importante começar por referir o primeiro item da entrevista, relativamente a faixa etária (que esta compreendida entre 42 a 88 anos), facto estes que demonstram que no referido lar existe casos especiais, pois, nem todos estão enquadrados na faixa que é considerada a faixa etária dos idosos (65 anos ou mais), tabela e gráfico nº 1. Estes são: uma paraplégica, uma com síndrome de Dawn, outro com Alzheimer, outro com amputação de ambos os membros inferiores e os outros sem apresentarem qualquer deficiência motora ou física), é o abandono familiar ou a inexistência de algum familiar que possa cuidar ou zelar por eles.

Tabela 1: Idade dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

| Idade | Fi | % |
|--|-----------|----------|
| 42 | 2 | 11,1 |
| 53 | 1 | 5,6 |
| 59 | 2 | 11,1 |
| 60 | 1 | 5,6 |
| 63 | 1 | 5,6 |
| 70 | 1 | 5,6 |
| 73 | 1 | 5,6 |
| 75 | 3 | 16,7 |
| 78 | 2 | 11,1 |
| 79 | 1 | 5,6 |
| 80 | 1 | 5,6 |
| 83 | 1 | 5,6 |
| 88 | 1 | 5,6 |
| Total | 18 | 100,0 |
| Fonte: Lar de Idosos de Cruz Vermelha de São Vicente | | |

Grafico 1: Idade dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Outro dos itens merecedor de análise é o estado civil, uma vez que este pode estar relacionado ou constituir um dos factores determinantes sócio económica para não existência de familiar a cuidar ou a visitar os idosos, isso foi constatado e verbalizado durante a entrevista e isso vai depender de alguns factores como:

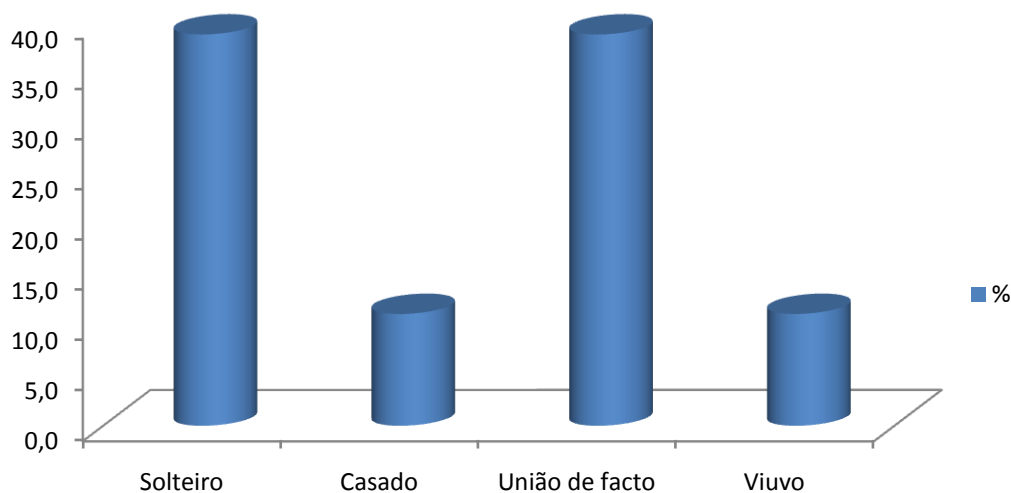
Terem famílias fora do país; por nunca terem constituído família; falta de interesse dos filhos e familiares. Também o baixo rendimento económico daqueles que possuem uma pensão (cinco mil e quinhentos escudos é a renda mais alta) poderá estar relacionada com a baixa escolaridade (ensino básico) ou o analfabetismo o que foi constatado na maioria dos entrevistados, e esses foram factores determinantes para a sua admissão no referido lar.

Tabela 4: Distribuição de Frequências e Percentagens de Estado Civil dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Estado Civil | fi | % |
|----------------|----|-------|
| Solteiro | 7 | 38,9 |
| Casado | 2 | 11,1 |
| União de facto | 7 | 38,9 |
| Viúvo | 2 | 11,1 |
| Total | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Graficos 4 : Distribuição de Frequências e Percentagens de Estado Civil dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Relativamente aos anos de permanência no lar, varia de um (1) a doze (12) anos e, a maior é de 27,7% correspondendo a cinco (5) pessoas e a menor é de 5,6% correspondendo a uma (1) pessoa.

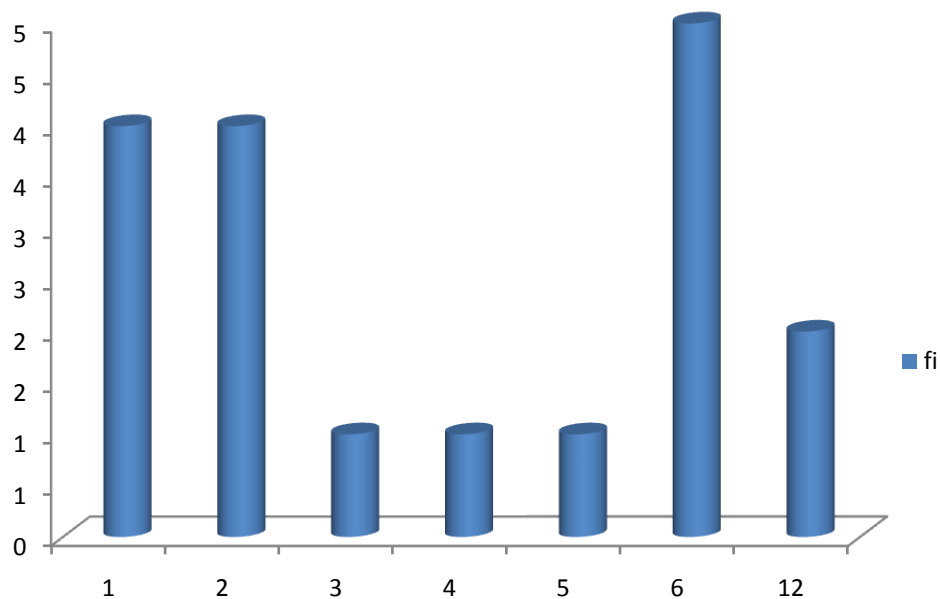
Quanto as actividades de vida diária: AVD básicas: a maioria mostra-se independente (tab. e graf. nº 5);

Tabela 21: Distribuição de Frequências e Percentagens de idade permanência dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Anos de Permanência no lar | fi | % |
|----------------------------|----|-------|
| 1 | 4 | 22,2 |
| 2 | 4 | 22,2 |
| 3 | 1 | 5,6 |
| 4 | 1 | 5,6 |
| 5 | 1 | 5,6 |
| 6 | 5 | 27,7 |
| 12 | 2 | 11,1 |
| Total | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 21 : Distribuição e Percentagens de idade permanencia dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente

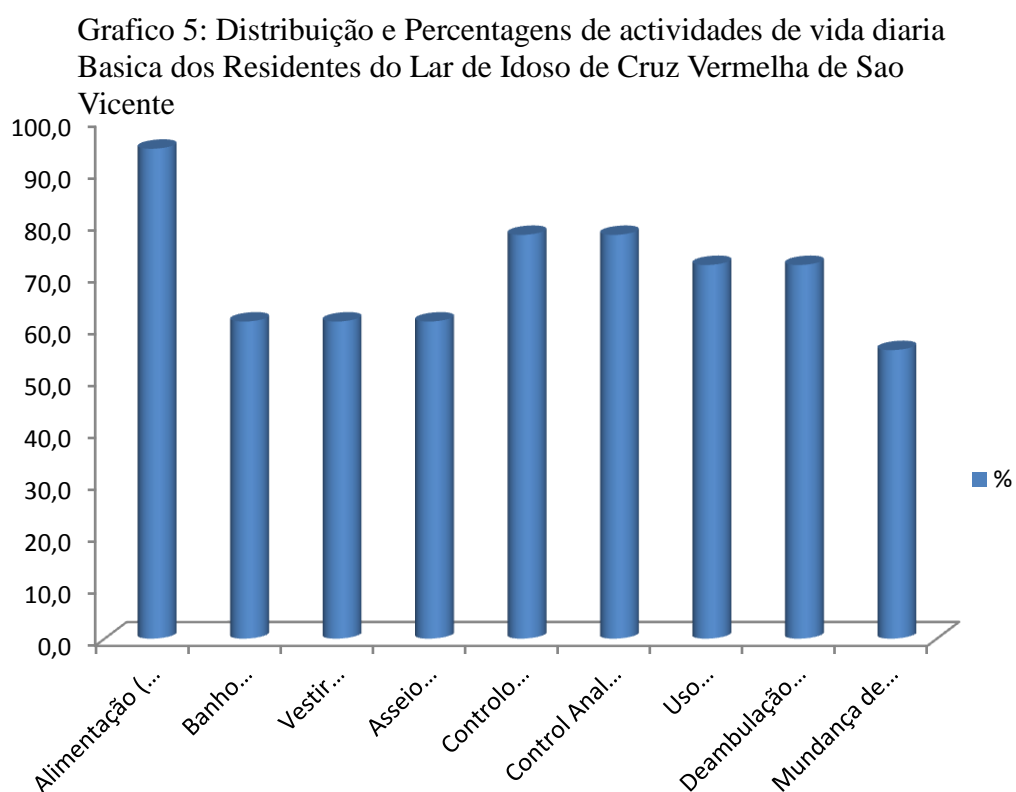


Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente

Tabela 5: Distribuição de Frequências e Percentagens de actividades de vida diária básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Básicas | fi | % |
|--|----|------|
| Alimentação (Independente) | 17 | 94,4 |
| Banho (Independente) | 11 | 61,1 |
| Vestir (Independente) | 11 | 61,1 |
| Asseio Corporal (Independente) | 11 | 61,1 |
| Controlo Vesical (Independente) | 14 | 77,8 |
| Controle Anal (Independente) | 14 | 77,8 |
| Uso Vaso sanitário (Independente) | 13 | 72,0 |
| Deambulação (Independente) | 13 | 72,0 |
| Mudança de Cadeira e Cama (Independente) | 10 | 55,6 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

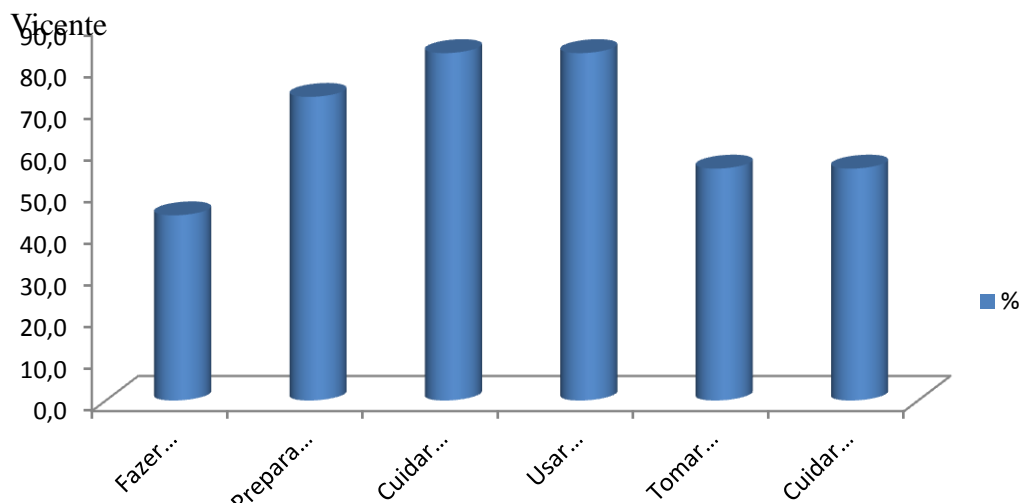
AVD instrumentais- a maioria é dependente; AVD avançadas- a maioria necessita de ajuda, isso mostra-nos que a realização dessas actividades se encontra afectada.

Tabela 6: Distribuição de Frequências e Percentagens de actividades de vida diária instrumental dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Instrumental | fi | % |
|----------------------------------|----|------|
| Fazer Compras (Precisa de Ajuda) | 8 | 44,4 |
| Preparar Comida (Dependente) | 14 | 72,8 |
| Cuidar de Casa (Dependente) | 15 | 83,3 |
| Usar Transporte (Dependente) | 15 | 83,3 |
| Tomar Medicação (Dependente) | 10 | 55,6 |
| Cuidar de Finanças (Dependente) | 10 | 55,6 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 6: Distribuição e Percentagens de actividades de vida diaria instrumental dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente

A avaliação cognitiva dá-nos um quadro que merece atenção, pois mostra-nos que a maioria dos residentes do lar já se apresentam um grau de deterioração cognitiva importante, e isso mostra uma necessidade de intervenção.

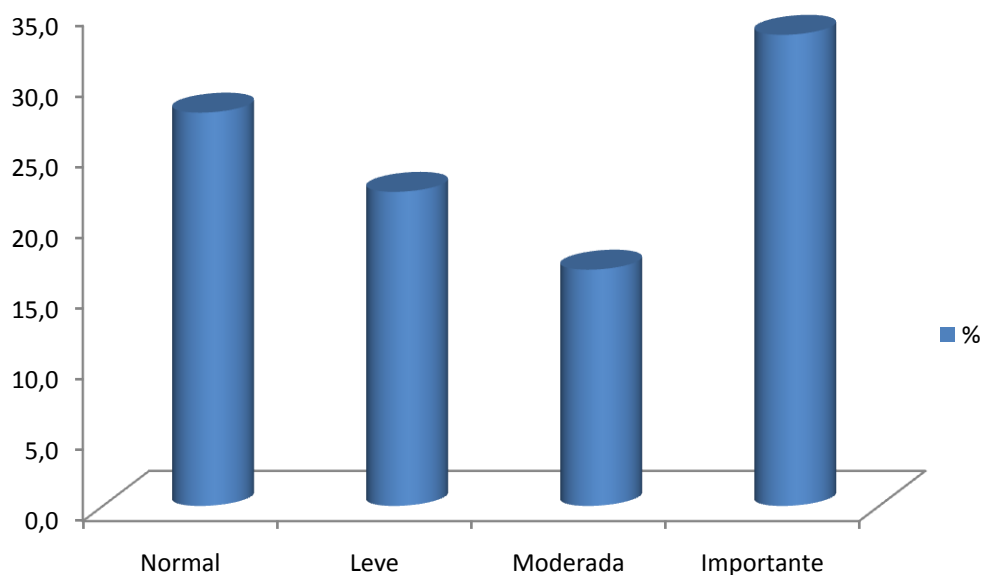
Fernandes (2008 p 175) nos chama atenção quanto a importância da nossa actuação de forma preventiva. (...)“Mudanças na atenção, na memória recente e na capacidade de planeamento de acções antecipadamente, sobretudo quando estas envolvem vários passos, são as principais queixas das pessoas idosas.” Suas capacidades cognitivas”. (...) “As capacidades intelectuais do idoso estão a declinar com a idade. Contudo esta deterioração poderá ser mais lenta se continuarem a ser cultivadas através dos muitos meios que tem ao seu alcance”. Apresentou sugestões como: leituras de célebres actuais ou do passado. Se puderem partilhar as suas ideias recolhidas nas leituras com os amigos “(...), a frequência de Universidades seniores onde podem recordar os seus tempos de estudante”. A memória pode ainda ser estimulada através da partilha de experiencias vividas, em colóquios, palestras, convívios etc.

Tabela 8: Distribuição de Frequências e Percentagens de Avaliação Cognitiva dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Cognitivas | fi | % |
|-------------------|-----------|--------------|
| Normal | 5 | 27,8 |
| Leve | 4 | 22,2 |
| Moderada | 3 | 16,7 |
| Importante | 6 | 33,3 |
| Total | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 8: Distribuição e Percentagens de avaliação cognitiva dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

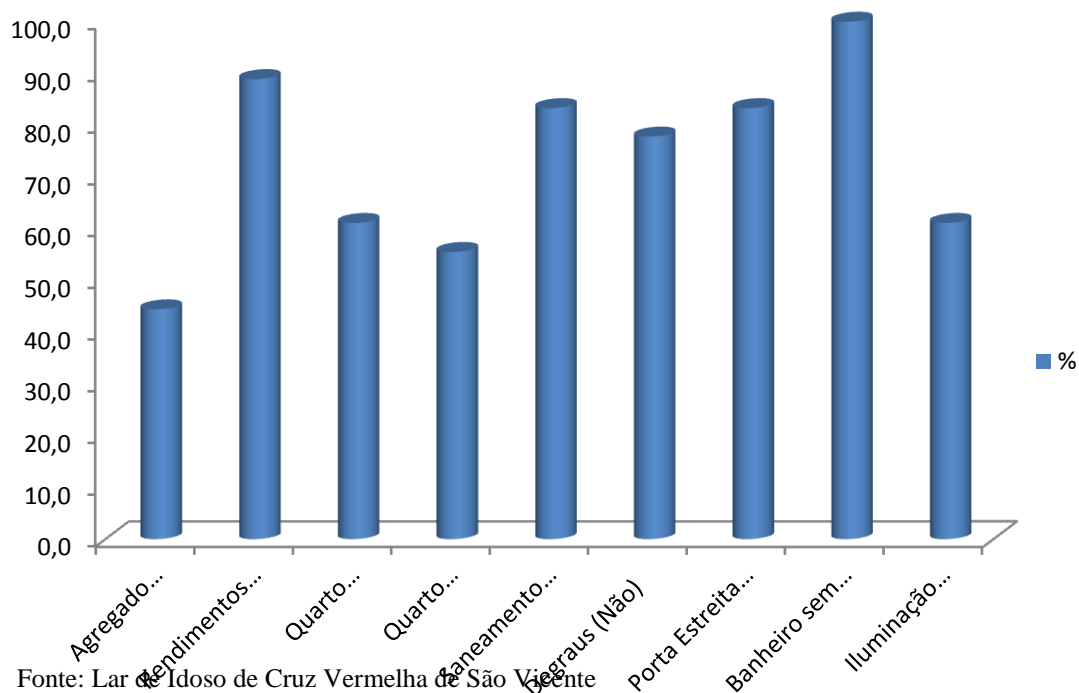
Quanto a situação sócio familiar verifica-se que a maioria antes morava sozinho, sem rendimentos e condições de saneamento básico.

Tabela 9: Distribuição de Frequências e Percentagens de Avaliação da Situação Sociofamiliar dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Sociofamiliar | fi | % |
|----------------------------|----|-------|
| Agregado Familiar (1) | 8 | 44,4 |
| Rendimentos (Não) | 16 | 88,9 |
| Quarto Individual (Não) | 11 | 61,1 |
| Quarto Partilhado (Sim) | 10 | 55,5 |
| Saneamento Básico (Não) | 15 | 83,3 |
| Degraus (Não) | 14 | 77,8 |
| Porta Estreita (Não) | 15 | 83,3 |
| Banheiro sem suporte (Sim) | 18 | 100,0 |
| Iluminação adequado (Não) | 11 | 61,1 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 9: Distribuição e Percentagens de Avaliação da Situação Sócio-Familiar dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Quanto a avaliação das necessidades humanas básicas:

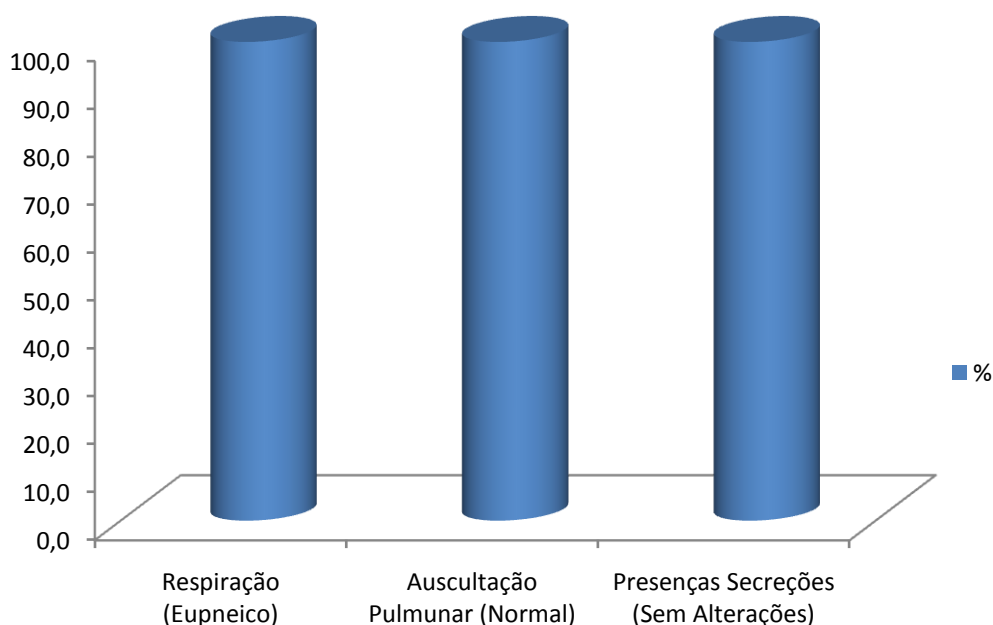
Respiração foi 100% eupnéico, ausculta pulmonar 100% normal e presença de secreções 100% sem alterações.

Tabela 10: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Respiração | fi | % |
|--------------------------------------|-----------|----------|
| Respiração (Eupneico) | 18 | 100,0 |
| Auscultação Pulmonar (Normal) | 18 | 100,0 |
| Presenças Secreções (Sem Alterações) | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 10: Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Basicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Nutrição/hidratação:

Não houve queixas de alterações de peso nos últimos meses (sem registos), nem de anorexia. A maioria deles são capazes de alimentar sozinhos (17) não há ninguém que alimenta com auxílio de sonda nem que tenha alguma alteração de deglutição, recebem quatro refeições diárias, mas quanto ao horário das refeições verificou-se que há um espaço muito longo entre a hora do jantar e a do pequeno-almoço que é mais de 12 horas. Verificou-se um fraco consume hídrico, onde o consume diário na maioria não passa

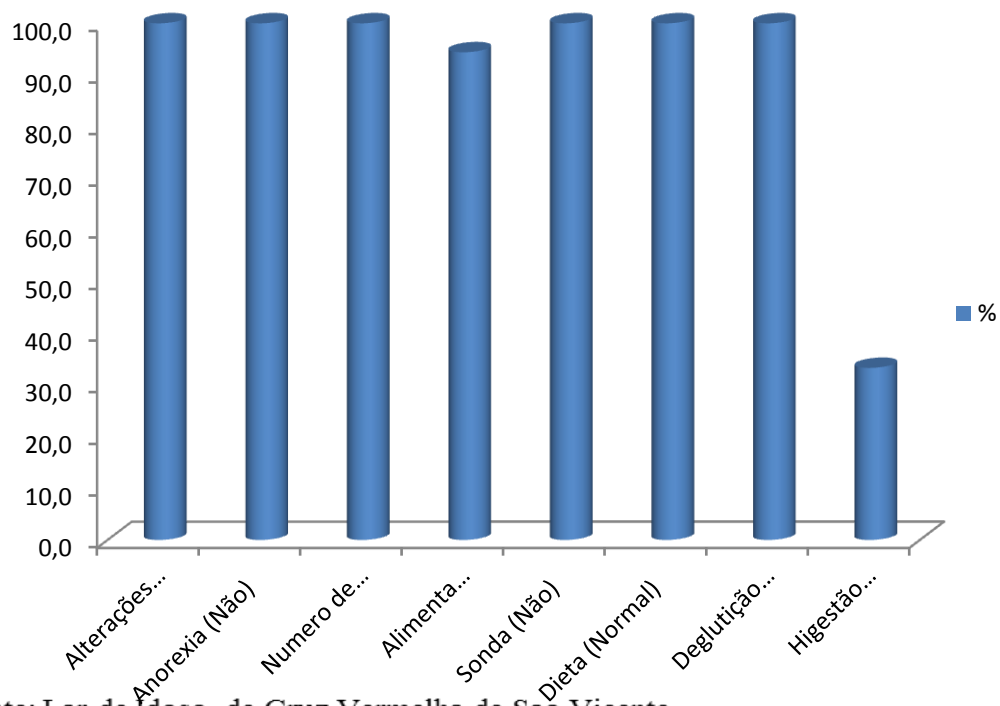
de 3 a 4 copos diários o que pode estar relacionado com a percentagem de obstipação presente.

Tabela 11: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Nutrição/Hidratação | fi | % |
|--------------------------------|-----------|----------|
| Alterações Peso (Não) | 18 | 100,0 |
| Anorexia (Não) | 18 | 100,0 |
| Número de Refeições (4xdia) | 18 | 100,0 |
| Alimenta Sozinho (Sim) | 17 | 94,4 |
| Sonda (Não) | 18 | 100,0 |
| Dieta (Normal) | 18 | 100,0 |
| Deglutição Alterada (Não) | 18 | 100,0 |
| Digestão Hídrica (3 a 4 copos) | 6 | 33,3 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Tabela 11: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Eliminação:

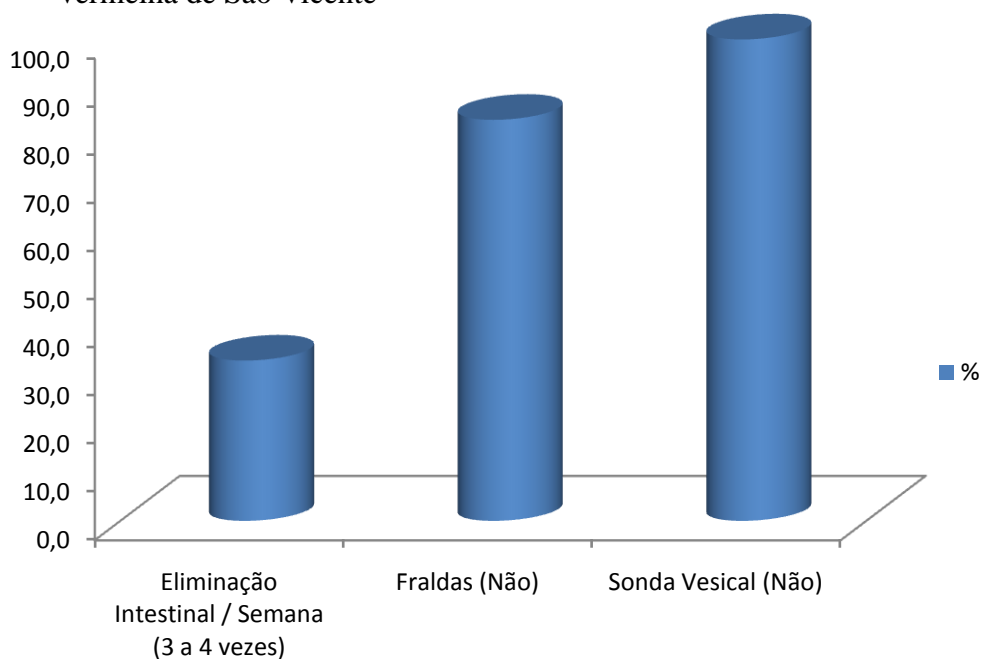
Quanto a eliminação vesical não foi possível quantificar, já a eliminação intestinal se encontra afectada, pois a maioria acusa obstipação onde 66,7% tem eliminações três(3) a quatro (4) vezes por semana, 16,7% um (1) a dois (2) vezes por semana e, a mesma % para mais de quatro vezes por semana.

Tabela 12: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Eliminação | fi | % |
|--|-----------|----------|
| Eliminação Intestinal / Semana (3 a 4 vezes) | 12 | 33,3 |
| Fraldas (Não) | 15 | 83,3 |
| Sonda Vesical (Não) | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 12: Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

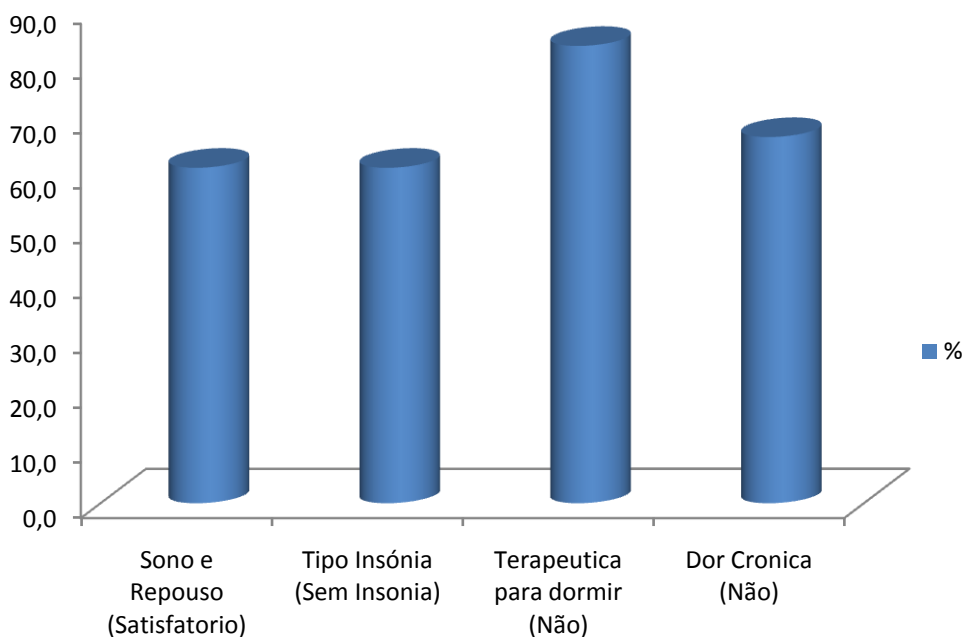
Quanto ao sono e repouso a maioria estão satisfeitos, apenas 38,9% apresenta insónia e apenas 3 tomam medicamentos para dormir. Tabela nº 13

As mais frequentes apresentando insónia no meio da noite (22,2%), nesse caso deve-se verificar se há presença de episódios de sono durante o dia (cochilos) parecem indicar, além de diminuição da quantidade de sono; 11,1% com dificuldade em adormecer e 5,6% tem insónia matinal.

Vários autores relatam que o sono e o repouso sofrem mudanças significativas tanto quantitativas como qualitativas com o processo do envelhecimento. Por isso deve-se estabelecer horários e rotinas regulares para deitar-se e despertar, além de horários de refeições, lazer, realização de actividade física e outros.

Quanto a toma de medicamentos para adormecer é importante realçar o facto das dependências e do risco de quedas devido tonturas e sonolência diurna provocado pelos mesmos, estar atento aos efeitos colaterais e que fique claro que a prescrição é da inteira responsabilidade do Médico.

Grafico 13: Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Quanto a mobilidade:

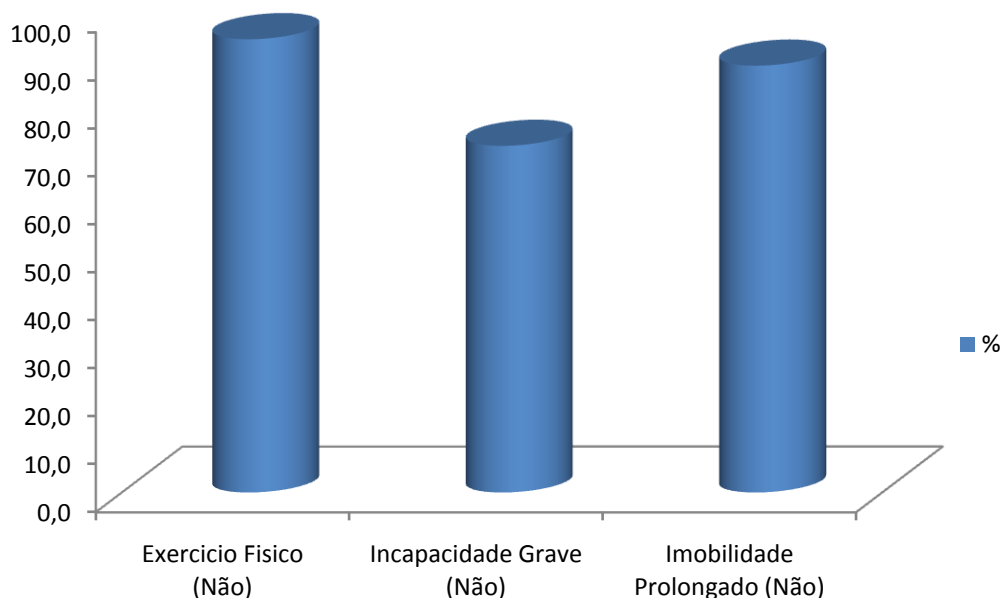
Segundo os resultados uma maioria de 94,4% responderam que não praticam nenhuma actividade física, a maioria não possui qualquer tipo de incapacidade grave e apenas 11,1% possui imobilidade prolongada, dependendo de outrem para mexer-se.

Tabela 14: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Movimento | Fi | % |
|------------------------------|-----------|----------|
| Exercício Físico (Não) | 17 | 94,4 |
| Incapacidade Grave (Não) | 13 | 72,2 |
| Imobilidade Prolongado (Não) | 16 | 88,9 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

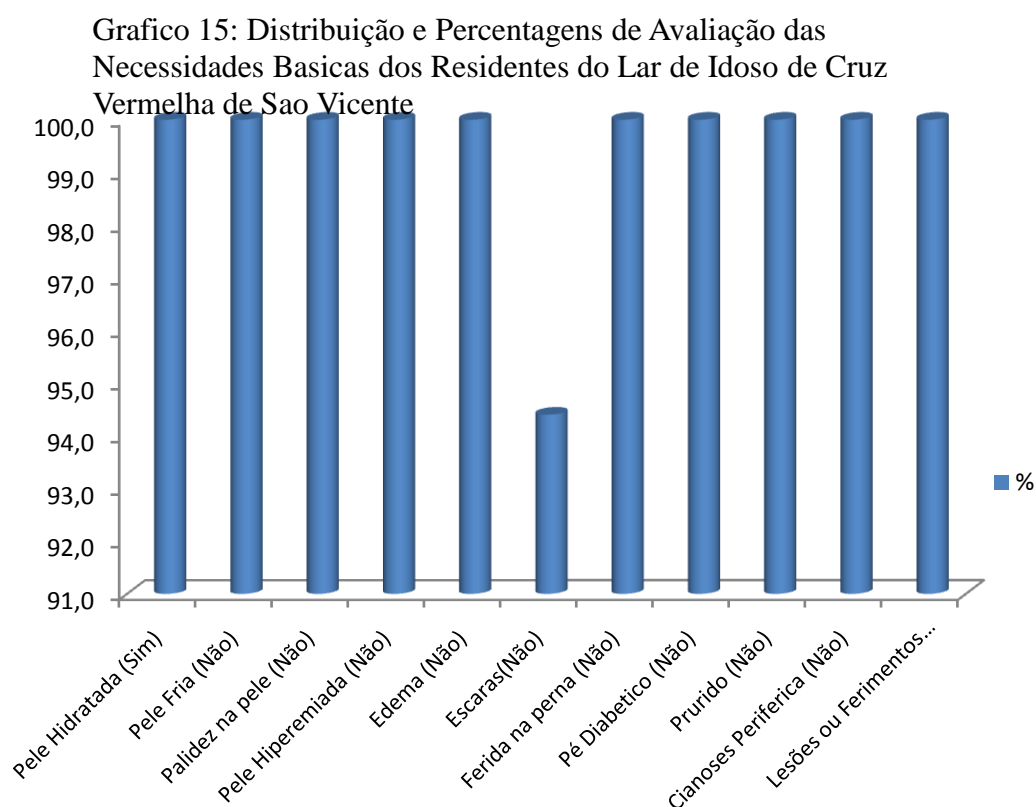
Grafico 14: Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Basicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Integridade Física / Cutâneo-mucosa:

Se encontra bem, onde a maioria se observou e responde “não” para: pele fria, palidez da pele, pele hiperemiada, edemas, escarras (1 apenas), ferida na perna, pé diabético, prurido, cianoses periféricas, lesões ou ferimentos e todos se apresentaram a pele hidratada



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

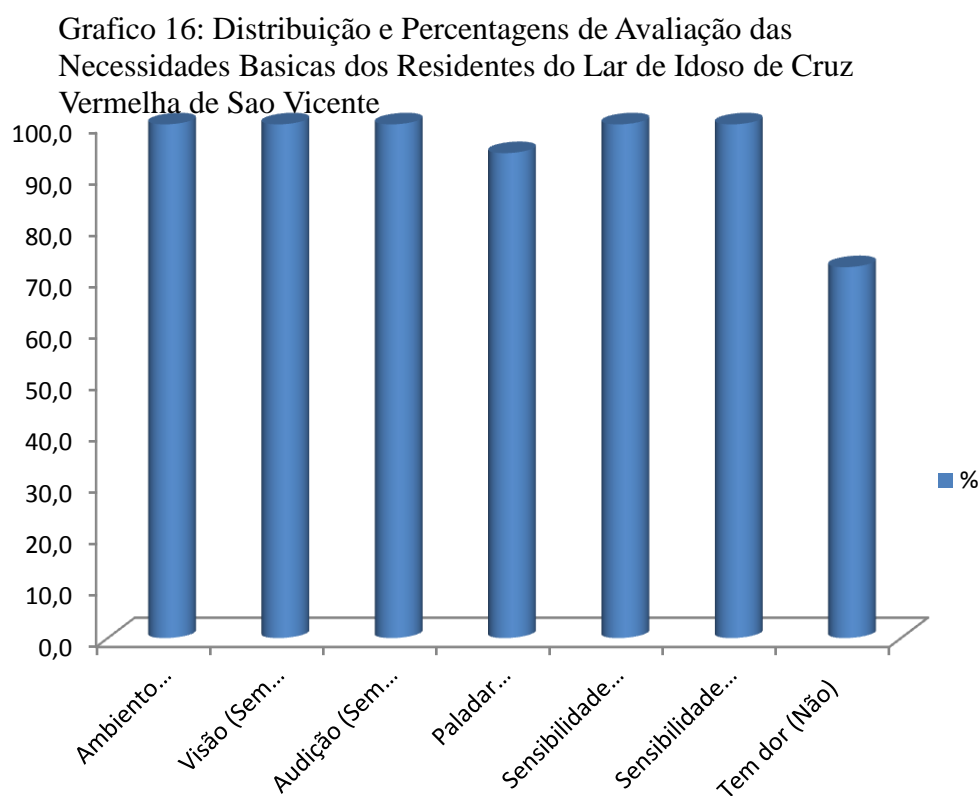
Percepção:

Quanto a percepção, audição e visão a maioria apresenta sem alterações, apesar de haver três com visão diminuída e um com problema de cataratas.

Tabela 16: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Percepção | f _i | % |
|----------------------------|----------------|-------|
| Ambiente Propicio | 18 | 100,0 |
| Visão (Sem Alteração) | 14 | 100,0 |
| Audição (Sem Alteração) | 14 | 100,0 |
| Paladar (Preservado) | 17 | 94,4 |
| Sensibilidade Táctil (Sim) | 18 | 100,0 |
| Sensibilidade a dor (Sim) | 18 | 100,0 |
| Tem dor (Não) | 13 | 72,2 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente

Vestir e despir:

A maioria consegue vestir e despir sozinhos e todos com vestuário adequado.

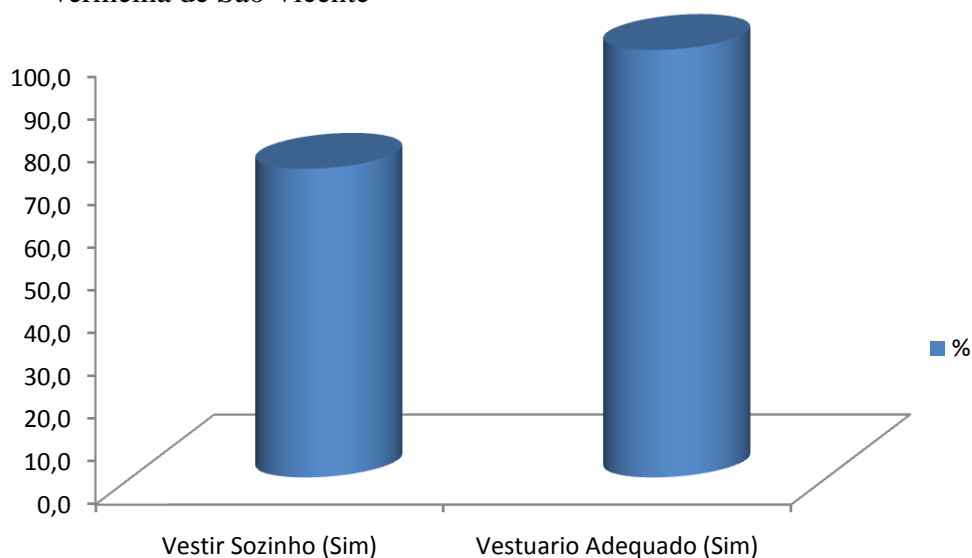
Nota-se uma certa satisfação nesse ponto.

Tabela 17: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Vestir e Despir | fi | % |
|--------------------------|-----------|----------|
| Vestir Sozinho (Sim) | 13 | 72,2 |
| Vestuário Adequado (Sim) | 18 | 100,0 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 17 : Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Basicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Quanto a higiene pessoal a maioria é independente, só que a maioria (94,4%) não está de acordo com o horário do banho, isso cabe a instituição discutir com os residentes e procurar a melhor solução.

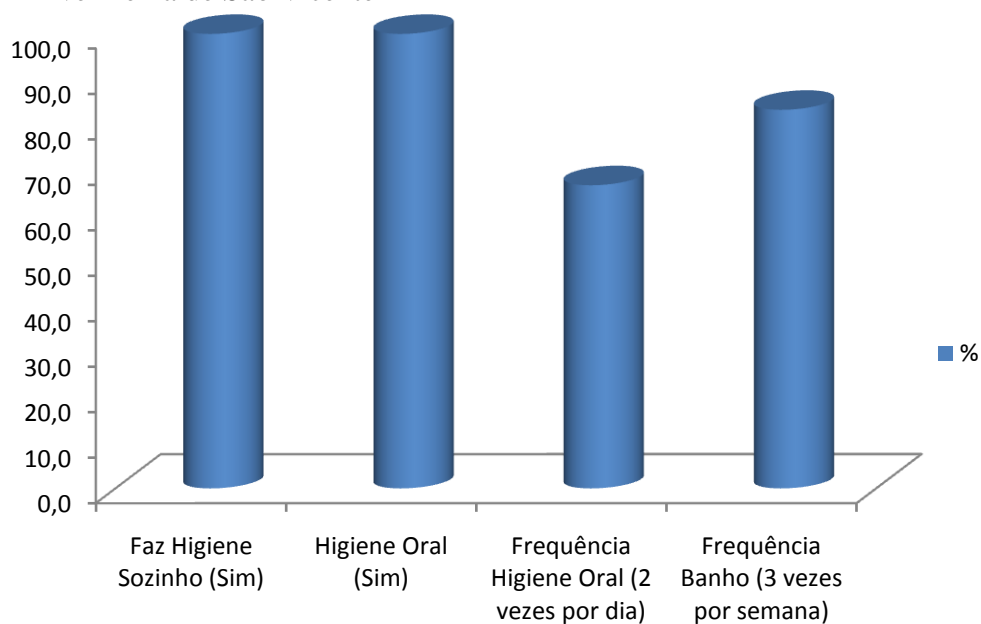
Aprendizagem

Tabela 18: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Higiene Pessoal | fi | % |
|---|----|-------|
| Faz Higiene Sozinho (Sim) | 18 | 100,0 |
| Higiene Oral (Sim) | 18 | 100,0 |
| Frequência Higiene Oral (2 vezes por dia) | 12 | 66,7 |
| Frequência Banho (3 vezes por semana) | 15 | 83,3 |
| Horário Banho Preferência (Não) | 17 | 94,4 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 18 : Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

As respostas quanto, se tem aprendido alguma coisa foi de (100%) não e maioria disse que não sente vontade em aprender. Nesse sentido será preciso desenvolver dinâmicas para criar entusiasmo e melhorar a motivação (o sentido esclarecer da palavra aprender).

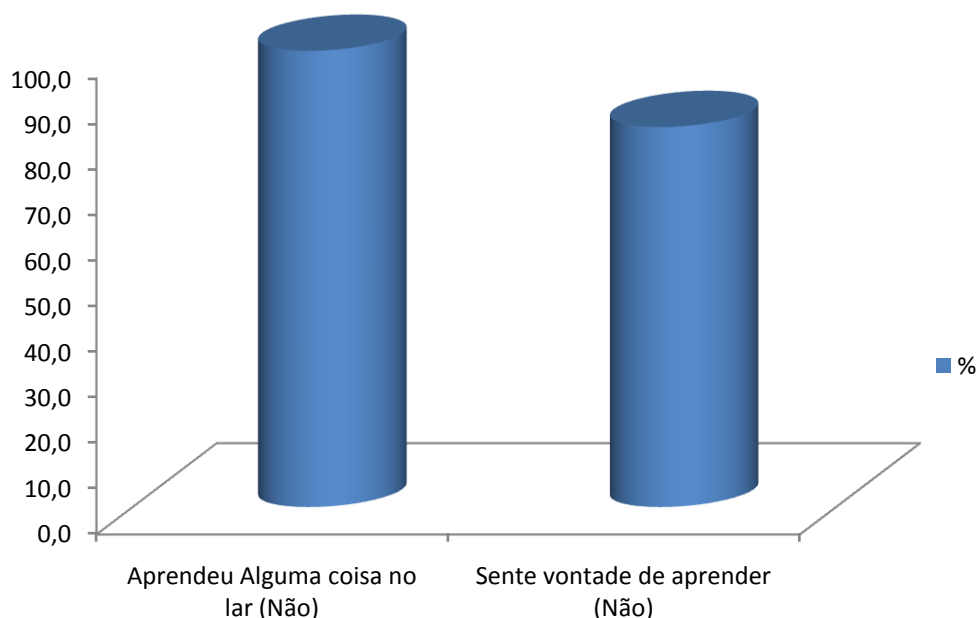
As necessidades de aprender está especificamente relacionada com as necessidades de ocupação, de modo a sentir-se útil e de divertir-se, mas poderá ser também a condição social para o restabelecimento da independência na satisfação de todas as necessidades.

Tabela 19: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Aprendizagem | fi | % |
|-----------------------------------|-----------|----------|
| Aprende Alguna coisa no lar (Não) | 18 | 100,0 |
| Sente vontade de aprender (Não) | 15 | 83,3 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 19 : Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Basicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Lazer:

A maioria mostrou satisfeita quanto ao lazer. O cuidador deve saber interpretar e avaliar as necessidades, detectar o interesse do indivíduo e proporcionar-lhe oportunidades para fazer algo que lhe dê uma sensação de realização. Estando essa necessidade satisfeita, ajudará também na satisfação das necessidades de aprender, comunicar e movimentar-se. Prática de religião:

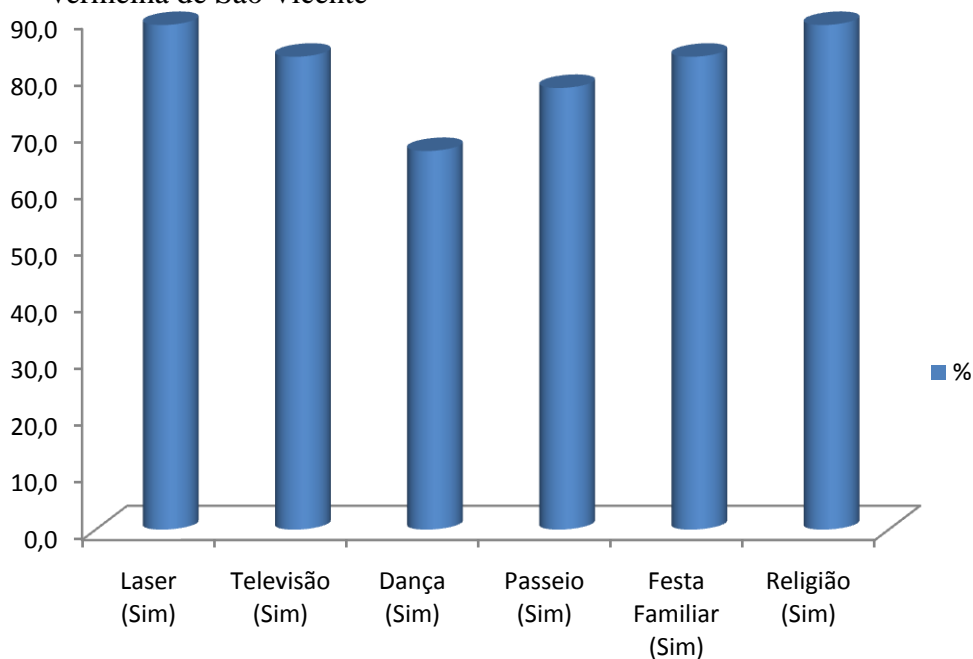
Todos responderam que têm uma religião mas quanto a prática é muito escassa porque não conseguem deslocar sozinhos à igreja. Para diminuir essa afectação podia-se Convidar grupos religiosos a realizarem actividades no local pelo facto de que não conseguem deslocar de forma regular. Deve-se respeitar a ideologia espiritual de cada individuo e facilitar a realização da sua prática

Tabela 20: Distribuição de Frequências e Percentagens das Necessidades Básicas dos Residentes do Lar Idoso de Cruz Vermelha

| Lazer | fi | % |
|----------------------|-----------|----------|
| Lazer (Sim) | 16 | 88,9 |
| Televisão (Sim) | 15 | 83,3 |
| Dança (Sim) | 12 | 66,7 |
| Passeio (Sim) | 14 | 77,8 |
| Festa Familiar (Sim) | 15 | 83,3 |
| Religião (Sim) | 16 | 88,9 |

Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

Grafico 20 : Distribuição e Percentagens de Avaliação das Necessidades Basicas dos Residentes do Lar de Idoso de Cruz Vermelha de Sao Vicente



Fonte: Lar de Idoso de Cruz Vermelha de São Vicente

O plano de cuidado a seguir traz algumas sugestões de acções de enfermagem para uma possível melhoria das necessidades humanas fundamentais que achamos estar afectadas.

5. PLANO CUIDADO DE ENFERMAGEM

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO ESPERADO | ACÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|--|--|
| Auto cuidado: comer e beber. Manifestada através da: Dependência de outrem para comer e ingerir líquidos, Intervalo longo entre refeições | Reduzir ao máximo a dependência. | Melhorar o posicionamento; exercitar, fazer massagem local; incentivar e dar liberdade ao idoso para poder comer sozinho. Diminuir o intervalo entre o jantar e o pequeno almoço (ex. introduzir uma pequena ceia). |
| Auto cuidado: eliminar. Manifestada através da: hábitos de eliminação pouco frequente. | Diminuir o intervalo entre as dejecções. | Incentivar e ajudar no movimento para aumentar o ritmo peristáltico, ingestão de maior quantidade de líquidos, alimentos a base de fibra e menos consistentes. |
| Auto cuidado: movimentar e manter uma postura correcta. Manifestada através: da mobilidade reduzida. | Aumentar os movimentos | Exercitar os músculos, massagem local com creme de hidratação. |
| Auto cuidado: dormir e repousar. Manifestada através: da falta de sono e/ou interrompida. | Diminuir as horas de insónia | Evitar o sono durante o dia através da ocupação dos tempos livres com actividades recreativas, fazer exercícios, banho morno, evitar a bebidas estimulantes (caféina, cola, bebidas achocolatadas). |
| Auto cuidado: vestir e despir-se. Manifestada através da: fraqueza muscular e visão afectada. | Reduzir a dependência | Exercitar e estimular o fortalecimento muscular. Persuadi-lo a fazer as suas próprias escolhas para ter prazer naquilo que faz e colaborar. |

| | | |
|---|--|---|
| | | |
| <p>Auto cuidado: higiene/proteger os tegumentos</p> <p>Manifestada através da: fraqueza muscular, visão afectada e imobilidade.</p> | Reduzir a dependência. | Mudança de posição de duas em duas horas, hidratação local e massagem para estimular a circulação. |
| <p>Auto cuidado: protecção face aos riscos.</p> <p>Manifestada através da: falta de segurança e/ou risco para quedas durante o banho, esquecimento etc.</p> | Diminuir o risco de quedas | Manter o ambiente amplo e arejado, sem muita mobília. Protecção na banheira para segurar e ter tapete anti-derapagem, exercitar actividades cognitivas. Abstenção em realizar algumas actividades |
| <p>Auto cuidado: comunicação.</p> <p>Manifestada através da: falta da atenção e/ou visita dos familiares.</p> | Reduzir a indiferença e aumentar a frequência das visitas. | Estimular visitas dos familiares através de convites e actividades recreativas envolvendo ambos lados. |
| <p>Auto cuidado: religião.</p> <p>Manifestada através da: necessidade de frequentar mais a igreja.</p> | Aumentar as visitas a igreja. | Convidar grupos religiosos a realizarem actividades no local para quem não consegue deslocar e de forma regular. |
| <p>Auto cuidado: aprendizagem</p> <p>Manifestada através da: falta de interesse em aprender algo mais.</p> | Aumentar o interesse para descobrir coisas novas. | Estimular a aprendizagem através de actividades recreativas e de diversão, atribuindo algum mimo simbólico para os mais criativos (como por exemplo: criar uma feira com esses produtos por eles produzidos e, verter a receita os mesmos). |

6.CONCLUSÃO

Tendo em conta o tema do projecto “Avaliação do cuidado prestado ao idoso no Lar da Cruz Vermelha de São Vicente”, considera-se fundamental realçar que o número de idoso tem vindo a aumentar de forma considerável no nosso país, sendo, a maior percentagem mulheres. Isso quer dizer que a nossa sociedade não foge a regra.

Decorrente da nossa integração no Lar de idosos para inteirarmos e desenvolver o trabalho de final de curso, surge a necessidade de serem registados algumas sugestões do grupo, que perspectivam para uma melhoria da qualidade cuidado de enfermagem prestados.

Segundo Hesbeen (2000) “ (...) as enfermeiras e os enfermeiros dispõem de trunfos suplementares e de oportunidades bem maiores para exercerem essa arte de cuidar. Por um lado, durante o internamento, tem a possibilidade através de tudo o que constitui a enfermagem, de ao longo do dia estar muito próximo das pessoas. Por outro lado, porque os cuidados de enfermagem são poucos pontuados por acções científicas quantitativas, o que oferece um espaço de liberdade para actuarem como verdadeiro prestadores de cuidados, cuja finalidade é exercerem uma arte de enfermagem que à partida não seja limitada e esvaziada da sua essência pelas regras redutoras de uma certa forma de cientificidade.”

A importância da intervenção do cuidado de enfermagem ser incluído no programa diário no Lar de idoso, deve ser algo permanente e nunca esporádica. Uma vez que o enfermeiro é considerado pelo idoso, alguém de confiança para expor seus problemas de ordem social, familiar, económica, emocional, física e, fazer o elo de ligação entre os demais. Assim o enfermeiro vai poder intervir na hora exacta evitando assim maiores danos e riscos que possam surgir.

Neste caso, sugerimos que o enfermeiro deve ser incluído no quadro do pessoal permanente para planear, executar e cuidar do idoso no que refere aos cuidados de enfermagem, pois, assim serão evitados alguns transtornos contribuindo para a melhoria e vigilância dos cuidados prestados.

Relativamente ao Lar de Idoso, mais propriamente a direcção, compete-lhe ser mais persistente junto as autoridades competentes para que a enfermagem faça parte da equipa formal e permanente.

E urgente também que seja elaborado um estatuto interno do referido lar para dar maior segurança, confiança ao idoso e aos familiares dos mesmos. Também deve-se repensar e

promover as visitas dos familiares dos idosos com maior regularidade através de convívios e encontros dos mesmos.

E muito importante referir e reflectir sobre as dificuldades que foram enfrentadas durante a elaboração desse projecto, ou mesmo tecer alguma crítica do mesmo.

Quanto as dificuldades:

Primeiramente, e após ter sido exposto o tema escolhido surgiram muitas dificuldades, a nível do planeamento do projecto, pois, a existência de poucos dados, veio a revelar um grande obstáculo para a elaboração do mesmo.

A etapa para a construção do questionário que seria a segunda, também surgiram muitas dificuldades devido a nossa fraca experiencia na construção e aplicação do mesmo, bem como o curto prazo para elaboração e entrega do projecto.

Por sua vez durante a aplicação do questionário, a principal dificuldade surgiu quando o entrevistado apresentava alguma limitação física (como por exemplo: audição diminuída). Apesar de todas as dificuldades, o questionário foi aplicado com sucesso.

A maior dificuldade apareceu na introdução dos dados recolhidos porque nos foi sugerido um programa totalmente novo, então recorremos a ajuda dos professores e das alunas da Escola Superior Enfermagem Lisboa (ESEL) para uma maior orientação e compreensão do mesmo.

Sinfonia do idoso

*Porque ao fim da tarde
O sol tomba sobre o mar*

*Porque perto da noite
O dia já se apressa a descansar...*

*Só eu no silêncio da noite
Emudeço pra te cantar
No teu regaço de embalar*

*Vais desfolhando
Uma rosa ou malmequer
Perguntando os porquês dos sonhos
Dormidos
Sobre pétalas e espinhos...*

*Trémulo
Com lágrimas a sulcar os lábios
Saboreias todo o sal dos tempos
Perguntando á vida
Porque sim... porque não...
Enquanto o sol tomba sobre o mar
Porque já tudo sonhou
O que havia pra sonhar.(in, Fernandes p188)*

7.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Barroso, Áurea Élotério et al. (2009) Manual de Cuidadores de Pessoas Idosas, vol.10, São Paulo: Mare Magnum Artes Gráficas

Boof, Leonardo (1999) Saber Cuidar, Ética do humano, Compaixão pela Terra, Petrópolis: RJ, Vozes.

Collière, Marie Françoise, (Março de 1999) Promover a Vida, Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de enfermagem Lidel, Edições Técnicas e sindicatos dos Enfermeiros Portugueses.

Fernandes, Manuel (2008) A Saúde Também se Educa, Lisboa: Tipografia Peres.

Hesbeen, Walter (2000) Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem na Perspectiva de Cuidar, Loures: Lusociência, Edições Técnicas e científicas.

Hesbeen, Walter (2001) Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar, Edições Técnicas e científica Lda., Loures: Lusociência.

Moniz, José (2003) A Enfermagem e a Pessoa Idosa, A Prática do Cuidado Como Experiência Formativa, Edições Técnicas Lda., Loures: Lusociência.

Silva, Rui Fernando Amaral (2009), A Enfermagem e os Cuidados de proximidade, Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.

Saldanha, Helena (2009) Bem Viver Para Bem Envelhecer-Um Desafio a Gerontologia e a Geriatria, Lousã: Lidel: edições técnicas, Lda.

Sequeira, José (2000), Desenvolvimento pessoal, Monitor de projectos e Edições Lda, 3ª edição, Lisboa:

Squire, Anne (2005) Saúde e Bem-estar Para Pessoas Idosas, Fundamentos Básicos Para a Prática, Loures: Lusociência.

Stanhope, Márcia, (1999) Enfermagem Comunitária, Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos, 4ª edição, Lisboa: Lusociência.

Townsend, Mary (2011) Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência, “O Indivíduo Idoso” Sexta Edição, Loures: Lusociência.

Universidade Do Mindelo, (s. data), Normas Para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos.

Vilelas, José (2009), Investigação, o Processo de Construção do Conhecimento, 1ª edição, Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Lello, José e Lello, Edgar, (1976) Dicionário Prático Ilustrado, Edição actualizada.

Ascensão, Helena (2010), Da Qualidade de Cuidados à Satisfação das Necessidades do Utente, Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto. (s/endereço)

Porto, Maria Luísa, Da Nobrega Maria Miriam, Revista de Enfermagem, Instrumento de Colecta de Dados Para o Atendimento ao Idoso no Programa de Saúde da Família, *RevenfermUFPEonline*. 2008jan./mar.2 (1):-9, <http://www.fem.ufg.br/revista/11/n3/v11n3a06.htm>. 2013/01/24, 16:34

Sousa Ana Paula, Soares Maria Júlia, Da Nobrega Maria Miriam, Revista Electrónica de Enfermagem, Indicadores empíricos para estruturação de um instrumento de colecta de dados em cirurgia, *Rev. Eletr. Enf [Internet]*. 2009;11(3):501-8. Available from: <http://www.fem.ufg.br/revista/11/n3/v11n3a06.htm>. 2013/01/24, 16:34

Trevizan, M.A; Mendes, I.A.C; Favero N; Melo, M.R.A Da liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem *Rev. Latino -am. Enfermagem*, Ribeirão Preto: v.6, n.5, p.77-82, Dezembro 1998.

Comunicação_ <http://longevidade-silvia.blogspot.com/2010/02/comunicacao-com-o-idoso.html#ixzz2K7BjrgM>

<http://www.eps.ufsc.br/disserta99/soares/cap5.html>

Estudo de Caso Grupo 4. te@gmail.com. 2013/02/16, 18:15

[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro.

Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.

Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU

9. APENDICES

Apêndice- A

INSTRUMENTO DE COLECTA DE DADOS AO IDOSO SEGUNDO O MODELO DE TOWNSEND ADAPTADO A REALIDADE DAS CONDIÇÕES DO LAR

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

_____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: _____ Escolaridade: _____ Estado

civil: _____ união de facto _____ parceiro vivo Sim ☐ Não ☐

Há quanto tempo Permanece no lar? _____

2- CONDIÇÕES GERAIS:

P.A.: _____ mmHg Temperatura: _____ °C Pulso: _____ bpm _____

Respiração: _____ Irpm

Doenças referidas: HAS ☐ ☐ Diabetes ☐ ☐ IC ☐ ☐ AVC ☐ ☐ Artrite ☐ ☐ Osteoporose ☐ ☐

Outras doenças:

Uso de medicação:

Fá-lo Sozinho ☐ ☐ sob vigilância ☐ ☐

3- AVALIAÇÃO FUNCIONAL – Actividades da vida diária

AVD Básicas: Coloque no quadrado 1 se considerar o idoso independente, 2 se considera que necessita de ajuda e 3 se considera que é dependente

Alimentação ☐ ☐ Banho ☐ ☐ Vestir ☐ ☐ Asseio corporal ☐ ☐ Controle vesical ☐ ☐ Contro
anal ☐ ☐ Uso do vaso sanitário ☐ ☐ Deambulação ☐ ☐ Mudança da ~~cama~~ – cama ☐ ☐

AVD Instrumentais: (1) Independente (2) Necessita de ajuda (3) Dependente

Fazer compras ☐ ☐ Preparar a comida ☐ ☐ Cuidar da casa ☐ ☐ Usar meios de

transportes ☐ ☐ Capaz de tomar sua medicação ☐ ☐ Cuidar de suas finanças ☐ ☐

AVD Avançadas:

Participa de grupos sociais ☐ ☐ Participa de grupos religiosos ☐ ☐ Realiza actividades de recreação/ lazer ☐ ☐ Tipo, local e frequência: _____

Como ocupa o tempo livre?

4- AVALIAÇÃO COGNITIVA: Coloque no quadrado 1 quando o idoso responder correctamente, 2 quando responder em parte e 3 quando não souber responder.

Memória: Dia de hoje ☐ ☐ Dia da semana ☐ ☐ Idade ☐ ☐ Dia/mês/ano do nascimento ☐ ☐

Orientação: Local onde se encontra ☐ ☐ Endereço ☐ ☐

Informações fatos quotidianos: Que festa se comemora este mês ☐ ☐ Nome do Presidente de Cabo Verde ☐ ☐ Nome do actual Presidente ☐ ☐

Capacidade de cálculo: Contar de três em três ☐ ☐ Realiza cálculo simples ☐ ☐

Escore: Contar um ponto para cada resposta certa.

Resultado: Normal: 10 - 8 pontos; Deterioração cognitiva leve: 5 a 7 pontos; Deterioração cognitiva moderada: 3 a 4 pontos; Deterioração cognitiva importante (patológica): 2 a 0 pontos.

5- AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR

Morava: Só ☐ ☐ Com pessoas da família ☐ ☐ Quantas e quem? _____

Outros ☐ ☐ Quantas e quem?

Existe um responsável pelo cuidado? Sim ☐ ☐ Quem?

Renda do idoso: \$ _____ Renda Familiar: \$ _____

Condições da moradia anterior: Quarto exclusivo ☐ ☐ com outros ☐ ☐ Saneamento

básico ☐ ☐ Barreiras arquitectónicas da casa anterior: Degraus ☐ ☐ Portas estreitas ☐ ☐
Banheiro s/suporte ☐ ☐ Iluminação adequada ☐ ☐

6- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Oxigenação

Respiração: Eupnéico ☐ ☐ Dispneia ☐ ☐ Bradipnéia ☐ ☐ Taquipnéia ☐ ☐

Ausculta pulmonar: Normal ☐ ☐ Roncos ☐ ☐ Estertores ☐ ☐ Creptos ☐ ☐ Sibilos ☐ ☐

Presença de secreção: ☐ ☐ Dificuldade para remover secreções ☐ ☐ Dificuldades para tossir ☐ ☐ Nutrição/Hidratação

Alteração de peso nos últimos meses ☐ ☐ Anorexia ☐ ☐

Padrão alimentar:

Preferências alimentares: _____

Alimenta-se sozinho ☐ ☐

Deglutição: Inalterada ☐ ☐ Alterada ☐ ☐

Hábitos de ingestão hídrica (volume, frequência preferência):

Eliminação

Hábitos intestinais (frequência/características):

Hábitos vesicais: usa fraldas ☐ ☐ algáliação ☐ ☐

(frequência/características): _____

Débito urinário 24 h _____

Actividade e repouso: Sono e repouso: satisfatório ☐ ☐ prejudicado ☐ ☐ insónia ☐ ☐

auxiliares do sono _____

Hábitos de sono:

Faz exercícios e actividades físicas: Sim ☐ ☐ Qual e tipo?

Apresenta incapacidade grave:

Sim ☐ ☐ Qual? _____

Imobilidade prolongada: Sim ☐ ☐ Motivo?

Integridade Física/Cutâneo-mucosa

Pele: Hidratada ☐ ☐ Fria ☐ ☐ Palidez ☐ ☐ Hiperemiada ☐ ☐ Edema ☐ ☐ Local?

Prurido ☐ ☐ Cianose periférica ☐ ☐ Apresenta lesões/ferimento ☐ ☐ Tipo/local?

Ambiente propício? Sim _____ Não _____

Percepção

Visão: Perda da visão ☐ ☐ Sereções ☐ ☐ Dificuldades p/ enxergar ☐ ☐ Uso de óculos ☐ ☐
Lentes ☐ ☐

Audição: Surdez ☐ ☐ Uso de prótese ☐ ☐ Zumbido ☐ ☐ Secreções ☐ ☐

Paladar: Preservado ☐ ☐ Diminuído ☐ ☐ Ausente ☐ ☐

Tato: Sensibilidade tátil ☐ ☐ Sensibilidade à dor ☐ ☐ Apresenta Dor ☐ ☐ Tipo/local?

Vestir – se despir-se

É capaz de fazê-lo sozinho? ☐ ☐ Tem vestuário adequado a idade? ☐ ☐

Higiene pessoal

Consegue fazê-lo sozinho? Oral : ☐ ☐ : frequência _____ Banho : ☐ ☐ frequência _____

Religião/ crenças

Praticante? ☐ ☐ Qual? _____

Aprendizagem

Tem aprendido alguma coisa durante a estadia no lar? ☐ ☐

Quais? _____

Sente vontade de aprender novas coisas? ☐ ☐

Impressões da (o) Enfermeiro:

Enfermeira: _____

Data: __/__/__

Apêndice –B

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA INQUÉRITO

Confirmando que expliquei a responsável a baixo identificado, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao acto acima referido. A entrevista/inquérito destina-se exclusivamente a recolha de informação a ser apenas utilizada estatisticamente no nosso trabalho de final de curso de conclusão de licenciatura em enfermagem que fala sobre o cuidado prestado no lar de idoso da Cruz Vermelha na zona de ribeirinha em São Vicente. O trabalho será apresentado na Universidade do Mindelo em São Vicente, mediante um júri interdisciplinar, estando garantida total confidencialidade e anonimato nas respostas. O objectivo desse estudo é tentar avaliar a necessidade da prestação dos cuidados de enfermagem de forma contínua e formal a fim de garantir uma satisfação das necessidades humanas fundamentais. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afecte os cuidados a prestar a pessoa.

Nome das alunas e profissionais de saúde responsável pela proposta:

Fernanda Évora Neves Duarte/...../..... (data) assinatura.....

Maria das Dores do Rosário Fortes/...../..... (data) assinatura.....

Marcelina Luís Cruz...../...../..... (data) assinatura.....

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pelas alunas da universidade do Mindelo e profissional da saúde que assina este documento, tendo podido obter todas as informações sobre o assunto. Autorizo a realização do acto nas condições em que me foram explicadas.

..... (local),/..../....(data)

Nome: _____

